

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Pavlína Täubnerová**

**Analýza zkušeností pacientů z oddělení závislostí psychiatrických nemocnic  
s programem ústavní léčby**

**Analyses of experiences patients from mental hospitals with addiction  
programs**

**Diplomová práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Petr Matoušek

Praha, 2019

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 19. 11. 2019

PAVLÍNA TÄUBNEROVÄ

.....

**Identifikační záznam:**

TÄUBNEROVÁ, Pavlína. *Analýza zkušeností pacientů z oddělení závislostí psychiatrických nemocnic s programem ústavní léčby. [Analyses of experiences patients from mental hospitals with addiction programs]*. Praha, 2019. 94 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Matoušek, Petr.

**Poděkování:**

Za profesionální a přívětivý přístup, cenné rady a metodické vedení děkuji vedoucímu diplomové práce, Mgr. Petru Matouškovi. Děkuji respondentům za jejich ochotu a otevřenost při rozhovorech, stejně jako pracovníkům z oslovených institucí za poskytnutí důležitých informací. V neposlední řadě děkuji za podporu a trpělivost mé rodině, přátelům a kolegům, kteří při mně stáli po celou dobu studia.

## **Abstrakt:**

**Východiska:** Psychiatrické nemocnice spadají pod státní zdravotnický sektor, kde jsou na odděleních léčby závislostí nastavené léčebné programy stejné již několik desítek let. I když prošly určitými změnami, jejich podstata se nemění a převážně vychází z konceptu zavedeného doc. Jaroslavem Skálou v tehdejší Apolináři. Společnost se ale od doby jeho vzniku změnila a spolu s ní se změnily i požadavky současné generace adiktologických pacientů, léčených ve střednědobé ústavní léčbě.

**Cíl:** Práce si klade za cíl zjistit, jak současní pacienti – muži, se syndromem závislosti na alkoholu, hodnotí program střednědobé ústavní léčby probíhající na oddělení závislostí psychiatrických nemocnic. Do uvedeného cíle spadá zmapování a zdůvodnění těch prvků programu, které pacienti vnímají jako přínosné a které jako nevyhovující. Do výzkumu byly zařazeny dvě psychiatrické nemocnice – Kosmonosy (PNK) a Bohnice (PNB) a jedna psychiatrická léčebna – Červený Dvůr (PLČD).

**Metodika:** Koncepce práce vychází z kvalitativní výzkumné metodiky. Data byla sbírána metodou hloubkového rozhovoru, vedeného nedirektivní formou, na základě čtyř otevřených otázek. Získaná data byla zpracována přístupem Zakotvené teorie. Na konci procesu vyplynulo z otevřených rozhovorů pět kategorií (terapeutický program; pravidla a režim; komunita; terapeutický tým; abstinence, doléčování), pod kterými jsou prezentovány výsledky výzkumu. U všech tří institucí bylo dále podrobně zmapováno a popsáno, z jaké léčebné filosofie daný program vychází a případně jaké další teoretické přístupy integruje. K tomuto zjištění byla použita přístupná písemná dokumentace oddělení. Doplnující informace byly získány rozhovorem se členem místního zdravotnického týmu.

**Výsledky:** V terapeutickém programu byly respondenty pozitivně hodnoceny skupinové psychoterapie u všech tří zařízení. V PNK byly kromě psychoterapeutických sezení kladně vnímány ještě edukační skupiny, v PLČD arteterapie a pracovní terapie. V souvislosti s režimem byla v PNK negativně klasifikována přísnost, se kterou je jeho plnění vyžadováno, stejně tomu bylo i v PNB. V PLČD, kde byl režim vyhodnocen jako nejméně striktní, byla některými respondenty naopak negativně vnímána jeho mírnost. V PNK byla zaznamenána nespokojenost pro nedodržování základního pravidla týkajícího se zákazu sexuálních vztahů. V PLČD bylo naopak hodnoceno kladně, že tam tento zákaz neplatí. V PNB bylo v záporném smyslu jmenováno několik pravidel, která se týkala omezení venkovního prostoru, vyžadovaného množství písemného projevu nebo počtu pacientů na jednom pokoji. Naopak v pozitivním smyslu bylo vyjádřeno, že určitá pravidla existují. V PNK i PNB bylo kladně vnímáno léčebné uspořádání do komunity, kde si pacienti cenili

přítomnosti těch, kteří zde byli na opakovací léčbě. V PNK byla záporně hodnocen přístup terapeuticky nevzdělaného středního zdravotnického personálu, v PLČD pak systém kontroly, který je personálem prováděn. Velmi pozitivně zde ale byla vnímána pozornost, které se pacientům dostává od primáře a ředitele. V PNB byla respondenty oceněna přítomnost ex-userů v roli terapeutů v místním zdravotnickém týmu. Při porovnání terapeutických programů u všech tří institucí se potvrdilo, že jediný shodný prvek léčebné filosofie na sledovaných odděleních je apolinářský model. Jeho prvky se ale neobjevují všude ve stejné intenzitě, v PLČD jsou nejvíce modifikovány a zredukovány.

**Závěr:** Dle dostupných informací byl popsán program na oddělení závislostí a jeho reflexe ze strany aktuálně léčených pacientů. Na základě výsledků lze doporučit uplatňovat ve střednědobé ústavní léčbě více humanisticky přístup, kladoucí důraz na terapeutický vztah, autonomii a individuální potřeby pacientů.

**Klíčová slova:** ústavní léčba závislosti, struktura a režim, terapeutický program, léčebné přístupy, abstinence

## **Abstract:**

**Background:** Mental hospitals fall under the state medical sector, where treatment programmes are the same for several decades. Although they have undergone some changes, their essence is unchanged and largely based on the established concept by doc. Jaroslav Skála. However, the society has changed since its inception and the requirements of the current generation of adictological patients, treated in the medium-term constitutional treatment, have changed too.

**Aims:** The work aims to find out how current patients – men, with alcohol addiction syndrome, evaluate the programme of mid-term constitutional treatment ongoing in the segregation of mental hospitals ' addiction. This is also mapping justification of those elements of the programme which patients perceive as beneficial and which are unsatisfactory. The research includes three mental hospitals – Kosmonosy (PNK), Bohnice (PNB) and Červený Dvůr (PLČD).

**Methodology:** The concept of work is based on a qualitative research methodology. Data were collected by an in-depth interview method, conducted in a non-prescriptive form, based on four open questions. The obtained data were processed by the approach of the enshrined theory. At the end of the process, the open talks revealed five categories (therapeutic program; rules and regime; community; therapeutical team; abstinence, after-treatment), under which research results are presented. For all three institutions it was further described,

from which therapeutic philosophy the programme is based and, if necessary, what other theoretical approaches it integrates. Accessible written documentation of the department was used for this finding. Additional information was obtained by an interview with a member of the local health team.

**Results:** In the therapeutic programme, respondents positively evaluated for group psychotherapy in all three establishments. In addition to psychotherapeutic sessions, the PNK was positively perceived by an educational group, in PLČD ART therapy and work therapy. In the context of the scheme, the severity with which it is required was negatively classified in the PNK, as well as in the case of PNB. In PLČD, where the regime was considered to be the least strict, some respondents were negatively perceived by its temperity. In the PNK, dissatisfaction was noted for non-observance of the basic rule concerning the prohibition of sexual relations. In PLČD, on the contrary, it was assessed positively that there was no such prohibition. In the PNB, a number of rules concerning the restriction of the outside area, the amount of written expression required or the number of patients in one room were in negative terms. At the same time, it was in a positive sense that certain rules existed. Positively, treatment arrangements were perceived in the community, both in PNK and PNB, where patients also appreciated the presence of those who were on recurrent therapy. In the PNK, the approach of therapeutically untrained middle health personnel was negatively evaluated. In PLČD the system of control, which is carried out by the staff. But there was a very positive perception of the attention that patients received from the mayor and the director. In PNB, respondents were awarded the presence of ex-users in the role of therapists in the local health team. Comparing the therapeutic programmes for all three institutions, it was confirmed that the only identical element of therapeutic philosophy on the departments being monitored was the apolinist model. However, its elements do not appear everywhere in the same intensity, in PLČD they are most modified and reduced.

**Conclusion:** According to the available information, the programme was described in the segregation of addictions and its reflections on the part of currently treated patients. Based on the results, it is advisable to apply a more humanistic approach in the medium-term constitutional treatment, stressing the therapeutic relationship, autonomy and individual needs of patients.

**Key words:** Institutional treatment of addiction, structure and mode, therapeutic program, treatment approaches, abstinence

# Obsah

I. Teoretická část.....	11
Úvod.....	11
1. Střednědobá ústavní léčba závislostí v České republice .....	13
1.1. Historie.....	14
1.1. Pojmy .....	15
1.1.1. Detoxifikace .....	15
1.1.2. Stabilizační pobyt.....	16
1.1.3. Multidisciplinární tým.....	16
1.1.4. Apolinářský model (AM) .....	16
1.1.5. Strukturovaný program a režim .....	17
1.1.6. Bodovací systém .....	18
1.1.7. Terapeutická komunita (TK).....	18
1.1.8. Skupinová psychoterapie .....	19
1.1.9. Individuální práce s pacientem.....	20
1.1.10. Behaviorální terapie (BT) .....	21
1.1.11. Ergoterapie .....	22
1.1.12. Pracovní terapie.....	22
Shrnutí.....	22
2. Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, koedukované oddělení léčby závislostí S7 .....	24
2.1. Historie.....	24
2.2. Léčebná filosofie.....	24
2.2.1. Apolinářský model .....	25
2.2.2. Behaviorální přístup .....	26
2.2.3. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) .....	27
2.2.4. Přístupy skupinové psychoterapie.....	28
2.3. Prezentace na internetu .....	29
2.4. Léčebný řád.....	30
2.4.1. Domácí řád.....	33
2.4.2. Stupně léčby .....	34
3. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr .....	36
3.1. Historie.....	36
3.2. Léčebná filosofie.....	37
3.2.1. Neurobiologický model závislosti.....	37
3.2.2. Teorie terapeutické komunity pro drogově závislé .....	38
3.2.3. Humanistická psychoterapie .....	39
3.2.4. Tao te t'ing.....	39



3.3. Prezentace na internetu .....	40
3.4. Léčebný řád.....	41
3.4.1. Stupně léčby .....	42
4. Psychiatrická nemocnice Bohnice, oddělení AT 35.....	44
4.1. Historie.....	44
4.2. Léčebná filosofie.....	44
4.2.1. Apolinářský model a behaviorální přístup .....	45
4.2.2. Psychodynamické přístupy.....	45
4.2.3. Gestalt terapie.....	45
4.3. Prezentace na internetu .....	46
4.4. Léčebný řád.....	47
4.4.1. Pravidla léčby.....	48
4.4.2. Další pravidla k provozu oddělení .....	50
4.4.3. Stupně léčby .....	51
Shrnutí.....	53
II. Praktická část.....	55
5. Metodologie .....	55
5.1. Výzkumný cíl.....	55
5.1.1. Zdůvodnění výběru institucí .....	55
5.2. Výzkumné otázky .....	56
5.3. Výzkumná strategie.....	56
5.4. Sběr a analýza dat .....	58
5.4.1. Hlubkový rozhovor .....	58
5.4.2. Zakotvená teorie.....	59
5.5. Výzkumný soubor .....	60
5.5.1. Zdůvodnění nastavených kritérií výběru respondentů .....	61
5.5.2. Charakteristika respondentů PNK.....	62
5.5.3. Charakteristika respondentů PLČD.....	63
5.5.4. Charakteristika respondentů PNB .....	64
5.6. Etika výzkumu .....	64
5.7. Problémy při provádění výzkumu.....	65
6. Výsledky z Psychiatrické nemocnice Kosmonosy, oddělení S7.....	67
6.1. Terapeutický program .....	67
6.2. Pravidla .....	70
6.3. Komunita.....	73
6.4. Terapeutický tým .....	74
6.5. Abstinence, doléčování .....	76

6.6. Shrnutí .....	77
7. Výsledky z Psychiatrické léčebny Červený Dvůr .....	79
7.1. Terapeutický program .....	79
7.2. Pravidla a režim .....	81
7.3. Komunita.....	83
7.4. Terapeutický tým .....	84
7.5. Abstinence, doléčování .....	85
7.6. Shrnutí .....	85
8. Výsledky z Psychiatrické nemocnice Bohnice.....	87
8.1. Terapeutický program .....	87
8.2. Pravidla a režim .....	89
8.3. Komunita.....	91
8.4. Terapeutický tým .....	93
8.5. Abstinence / doléčování .....	94
8.6. Shrnutí .....	95
9. Diskuze a závěr .....	97
10. Použitá literatura .....	101

# I. Teoretická část

## Úvod

V práci jsem se zaměřila na léčebné instituce ze státního zdravotnického sektoru, psychiatrické nemocnice a léčebnu, nabízející střednědobou terapii závislosti. Ta probíhá v samostatném pavilonu či oddělení. Na jednom z těchto oddělení pracuji pátým rokem na pozici adiktologa. Získané zkušenosti a postřehy z dané oblasti mě vedly k řadě otázek. Některé z nich byly natolik významné, že mě inspirovaly k tématu této práce.

Při sestavování projektu výzkumu jsem vycházela ze své praxe na oddělení závislostí Psychiatrické nemocnice Kosmonosy (PKN), kde je nastavený léčebný program stejný od roku 1994 a ani v té době neprošel významnou proměnou od 70. let 20. století. Generace léčených mužů se ale za tu dobu změnila - sociálně, mentálně, ekonomicky. Zajímalo mě, jak současní pacienti závislí na alkoholu, vnímají prvky léčby, jejichž základy pocházejí z doby zhruba před 50 lety. Chtěla jsem zjistit, jak moc se s nimi ztotožňují, co považují za přínosné a co nikoliv. K těmto otázkám mě dovedlo několik situací, kdy jsem v terapii s pacienty řešila určité problémy, které v souvislosti s programem měli. Některá pravidla a terapeutické aktivity, hodnotili jako zbytečné, zastaralé nebo frustrující. Přemýšlela jsem nad tím, jaký vliv na tyto názory má aktuálně složená komunita pacientů, kde názor jednoho může ovlivnit názory ostatních, jakou roli v nich hraje osobnost pacientů nebo i přístup terapeutického týmu. Zajímalo mě, zda mají tento problém i v jiných institucích se stejným zaměřením, proto jsem oslovila další dvě zařízení.

V léčebném procesu je řada faktorů, které mají vliv na motivaci k léčbě samotné či k abstinenci, a to jak na straně klienta, tak na straně instituce. Faktor, na který jsem se ve své práci zaměřila, se týká samotného procesu léčby očima pacientů. Jak subjektivně léčebný program prožívají, jak svou léčbu vnímají, jak jejich zkušenost koresponduje s očekáváním a jak celý tento proces ovlivní jejich život po odchodu z léčby. Pacienty se syndromem závislosti na alkoholu jsem si vybrala z více důvodů. Mám s nimi největší zkušenost, což se mi pro kvalitativní výzkum jevílo jako výhoda. Spotřeba alkoholu v České republice je v porovnání s jinými vyspělými zeměmi nadále velmi vysoká a kde jinde, než ve státním zdravotnictví je nutné mít vhodně nastavený léčebný program.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část má pět kapitol. Ve druhé kapitole mapuji oblast střednědobé ústavní léčby závislosti v ČR. Jaká je její historie, kdy byly položeny základy léčebného systému. Popisují, co tento druh léčby obnáší, jaká má specifika, požadavky a cíle. Věnuji se vymezení pojmů, které se v této problematice nejvíce

vyskytují a v dalším textu se rovněž často objevují. V kapitolách tři, čtyři a pět se podrobněji zabývám popisem vybraných institucí, konkrétně psychiatrické nemocnice Kosmonosy, Psychiatrické nemocnici Bohnice a psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Podkapitoly jsou u všech zařízení podobné, obsahují popis jejich historie, mediální prezentace, léčebné filosofie a léčebného řádu. Praktická část začíná kapitolou metodologie, kde je výzkumná strategie rozepsána a dána do souvislosti s reálně proběhlým výzkumem. Výsledky práce, tedy rozhovorů s pacienty jsou implementovány do popsání léčebného programu, opět zvlášť pod kapitolou každé instituce. Na konci těchto kapitol je shrnutí, kolik prvků programu, které konkrétně a jak je respondenti hodnotí.

V diskuzi a závěru popisují určité faktory, které mohly přispět ke zkreslení výsledků. Dále se zde snažím o propojení teoretické a praktické části práce. Výsledky výzkumu dávám do souvislosti s teoretickými východisky. Zamýšlím se nad tím, co v práci vyšlo a porovnávám jednotlivé instituce. Shrnuji, v čem se jejich přístup liší, v čem se shoduje a jak tyto přístupy reflektují respondenti. Uvádím, v čem byl výzkum přínosný, a jak by bylo vhodné dále pokračovat.

# 1. Střednědobá ústavní léčba závislostí v České republice

Střednědobá léčba se označuje jako pobyt v délce od tří do šesti měsíců. Krátkodobá forma pobytu se označuje buď jako detoxifikace či stabilizační pobyt (Dvořáček, 2003). Jako dlouhodobá léčba se označuje pobyt v terapeutických komunitách trvající až 18 měsíců. Ústavní léčba probíhá na odděleních závislostí v psychiatrických nemocnicích nebo léčebnách, které mají status zdravotnického zařízení a podléhají určitým standardům.

Do ústavní léčby jsou přijímány osoby od 15 let, kteří mají problém s užíváním návykových látek, včetně alkoholu. Vstup do léčby je dobrovolný, je však třeba splnit určité podmínky pro přijetí, které si oddělení stanoví (Richterová Těmínová, 2008).

Terapie pacientů zde probíhá v léčebném společenství (terapeutické komunitě). Tým zaměstnanců je multidisciplinární, vzhledem ke statusu zdravotnického zařízení zde však dominují zdravotničtí pracovníci (Dvořáček, 2003). Terapeutický program je složený ze strukturované léčby a režimu. Struktura se projevuje jednak v jednotlivých fázích léčby, v uspořádání týdne, kdy se vystřídají všechny části programu, i v uspořádání dne, kdy má podobu přesného časového harmonogramu jednotlivých aktivit. Režim je složen z pravidel, které slouží k udržení vhodného terapeutického prostředí. Jednotlivé instituce přikládají režimu a jeho důležitosti rozdílnou váhu. V podmínkách našeho státu vychází střednědobá léčba z apolinářského modelu a ze základních principů terapeutických komunit. (Dvořáček, 2003).

Akreditační standardy, kterým systém veškeré péče a přístupů na oddělení léčby závislostí v psychiatrických nemocnicích podléhá, dle Dvořáčka (2003) zahrnují:

- multidisciplinární tým
- nepřetržitý provoz
- vedení specialistou na psychiatrii či na oblast návykových nemocí
- komplexnost a strukturovanost programu
- sestavení individuálního léčebného plánu a jeho pravidelné revidování
- naplánování vhodných doléčovacích aktivit

Cílem střednědobé ústavní léčby by neměla být pouze abstinence od drog, ale celková změna životního stylu osob se závislostí. (Richterová Těmínová, 2008). Léčba kromě abstinence směřuje ke zvýšení subjektivní kvality života a k (znovu)převzetí co nejvíce různých životních rolí. Kromě aktuálních cílů připravuje pacienta i na změny, které bude nutné nastavit po ukončení léčby ve svém původním prostředí, zahrnující změnu nevhodného zaměstnání, rizikových známostí, rizikového trávení volného času apod. (Dvořáček, 2003).

Další léčebné cíle, podle Richterové Těmínové (2008) zahrnují:

- odhalení a řešení přidružených problémů závislosti
- vybudování náhledu na závislost
- změnu ve vnější motivaci k léčbě na vnitřní, která má pozitivní charakter
- kvalitnější a radostnější prožívání
- zlepšení sebepojetí
- uvědomění si rizik relapsu a naučení se vhodných strategií k prevenci recidivy

## 1.1. Historie

Od vzniku samostatného Československa v roce 1918 do 50. let 20. století, kdy je datován vznik tzv. Apolinářského či Skálovského modelu léčby závislosti, lze na území státu identifikovat dvě ústavní léčebná zařízení - Tuchlov (1923 - 1938) a Istebné nad Oravou (1937 - 1938); (Šejvl & Miovský, 2018).

Léčebna v Tuchlově měla 30 lůžek a byla zřízena Československým abstinenčním svazem (Skála, 2003). Velké Kunčice a Tuchlov spojuje zakladatel těchto léčebných zařízení a to P. Bedřich Konařík. Při nastavení léčebného procesu vycházel, na základě svých zkušeností, ze čtyř oblastí – juristika, teologie, pedagogika a lékařství (Šejvl & Miovský, 2018). Juristika vychází z toho, že člověk, závislý na alkoholu, napáchal minimálně morální škody a je proto nutné ho potrestat. To ale samo o sobě nestačí. Výchovný proces procházel buď přes víru v boha a náboženství nebo přes proces učení a rozumu, když závislý nepřistoupil na myšlenku víry. Základem bylo prostředí bez alkoholu, kde byl pacient dobrovolně. Dle pevného řádku měl rozdělený práci a odpočinek. Oblast lékařství zahrnovala především úpravu stravy a farmakoterapii, která byla v té době spíše doplňková. Léčebna v Istebném nad Oravou vycházela ze stejné filozofie (Šejvl & Miovský, 2018).

Uvedená léčebná zařízení byla minimálně korigována právními předpisy, umožňovala individuální a specifický přístup ke každému pacientovi. Svým léčebným přístupem a nabízenými službami se tato zařízení dostala na úroveň protialkoholních léčen fungujících především ve Švýcarsku a Německu. Po druhé světové válce již jejich činnost nebyla obnovena, spoluzakladatel léčebny a zároveň její ředitel a správce P. Bedřich Konařík zemřel r. 1944 v Praze (Šejvl & Miovský, 2018).

V roce 1948 vzniklo první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu závislosti na alkoholu v Praze u Apolináře (Bém, 2003). Z počátečních 20 lůžek se během dvou let kapacita oddělení více než zdvojnásobila na 50 lůžek (Skála, 2003). V roce 1951 vznikla u

Apolináře jako první na světě protialkoholní záchytná stanice, měla kapacitu 22 lůžek a sloužila jako prostředek tehdejší krizové intervence (Skála, 1997). Zakladatelem oddělení a záchytné stanice byl doc. Jaroslav Skála, světově uznávaný odborník, který zde působil až do svého důchodu v roce 1992.

V roce 1958 se Skálovi podařilo otevřít pobočku Apolináře, na zámku v Lojovicích, se 32 lůžky, která přijímala přednostně pacienty pro dobrovolné opakované a dlouhodobé pobyty. Od roku 1971 pak Lojovice fungovaly jako léčebna pro ženy, se zachováním počtu lůžek. Na dobrovolnou léčbu sem jezdily pacientky z celé České republiky, na soudem nařízenou pak ty z Prahy a Jihočeského kraje. Lojovickou pobočku vedl profesor Jiří Heller (Skála, 1997).

První dvě desetiletí byl Apolinář určen zejména pro muže závislé na alkoholu. V 70. letech, kdy se zejména u mladších osob začaly objevovat problémy související s čicháním toluenu nebo injekčním užíváním pervitinu, se léčba začala přizpůsobovat i jim. Terapie probíhala současně, ubytování bylo společné. Kromě lůžkových oddělení zde fungovaly v i ambulantní služby. Léčebný model, který se v Apolináři uplatňoval se stal do jisté míry vzorem pro další zařízení na území Československa, zabývající se podobnou problematikou (Bém, 2003).

## **1.1. Pojmy**

### **1.1.1. Detoxifikace**

Detoxifikace probíhá na detoxifikačních jednotkách, které bývají součástí zařízení poskytující i další služby (např. střednědobou léčbu). Jsou personálně zastoupeny především vedoucím lékařem, dalšími psychiatry, středním zdravotním personálem, psychology a dalšími terapeuty (Bartošíková, 2003). Jsou zde hospitalizováni pacienti, u kterých by nebyla bezpečná detoxifikace v domácím prostředí, ale zároveň jejich stav nevyžaduje intenzivní péči v jiném zařízení (např. ARO). Péče, která je při detoxifikaci poskytována zahrnuje několik oblastí. Farmakoterapie je zaměřena především na tlumení rozmanitých symptomů odvykacích stavů, v závislosti na primární návykové látce a na další somatické komplikace. V psychoterapii převládá práce s motivací. Sociální práce spočívá hlavně v zajištění následné léčby, v pomoci v pracovních a právních záležitostech, v kontaktování rodiny, při jednání s úřady apod. (Nešpor, 2003).

### **1.1.2. Stabilizační pobyt**

Stabilizační pobyt slouží především ke stabilizaci sociálního či zdravotního stavu pacienta. Může probíhat plánovaně, jako prevence před relapsem či recidivou, většinou jako součást následné péče po propuštění ze střednědobé léčby. V takovém případě trvá nejčastěji jeden týden. Dále může být stabilizační pobyt indikován v případech, kdy pacienti v uplynulých měsících či roce absolvovali úspěšně program střednědobé léčby, došlo u nich k recidivě a opakování celého předešlého programu by u nich nemělo takový efekt, případně mají za sebou tyto pobyty opakovaně, po propuštění však v abstinenci selhávají.

### **1.1.3. Multidisciplinární tým**

Problémy související s užíváním návykových látek zasahují osoby se závislostí ve všech rovinách života. Významně ovlivňují nejen tělesný a duševní stav, ale i oblast sociální, která má množství podskupin (rodina, zaměstnání, volný čas, a jiné). Rozmanitost oborů u odborníků v týmu je proto více než žádoucí. V ústavní léčbě je tým tvořen z převážné míry zdravotnickým personálem. Obsahuje lékaře, nejčastěji psychiatry, zdravotní sestry, klinické psychology. Do týmu dále patří psychoterapeuti, sociální pracovníci a pracovní terapeuti (Kalina, 2003). Ve vedení týmu bývá rovněž lékař psychiatr. Střední zdravotní personál je zastoupen největším počtem členů, proto v praxi většinou roli ergoterapeutů, arteterapeutů a jiných odborností zastupují psychiatrické zdravotní sestry a bratři. Terapeuti se průběžně vzdělávají a pracují na svém profesním i osobním růstu (Bartošíková, 2003).

Tým by měl mít společný cíl, jasně stanovené pravomoci a zodpovědnosti. Realizace společné vize by se měli účastnit všichni členové týmu bez ohledu na to, že jednotlivci s některými dílčími cíli nesouhlasí. Tým potřebuje vedení, jelikož není možné vždy o všem hlasovat (Bartošíková, 2003). Platná pravidla a hranice je vhodné občas kontrolovat, zda fungují tak, jak byla původně nastavena. V týmu by měla panovat vzájemná důvěra a respekt, což je základem pro otevřenou komunikaci (Richterová Těmínová, 2008). Členové týmu jsou ochotní k diskuzi, důvěřují si, mohou před sebou přiznat chybu.

### **1.1.4. Apolinářský model (AM)**

Jedná se o model léčby závislostí, který do praxe uvedl doc. MUDr. J. Skála. Byl charakteristický několika prvky. Typické bylo propojení filozofie terapeutické komunity a behaviorálních přístupů, které lze identifikovat zejména v náročném léčebném režimu. Charakteristickým rysem byl bodovací systém. V terapeutickém týmu se, kromě lékařů, uplatňoval střední zdravotní personál i tzv. laičtí terapeuti (Kalina et al., 2001).



K hlavním bodům programu patřilo psaní deníků, každodenní zaznamenávání vlastních myšlenek, prožitků, přání a pocitů, které pak mělo další terapeutický potenciál. Psaní elaborátů a přednášková činnost sloužilo především k získání informací o samotné závislosti či o droze, která ji způsobuje. Jednou týdně probíhalo setkání všech pacientů a terapeutů, kde byl prostor pro řešení událostí, které se v komunitě odehrávaly. Přijímání nových pacientů nebo loučení se s těmi, kdo komunitu opouští, mělo rovněž svůj rituál, pevně ukotvený v programu. Neméně důležitá byla pravidelná fyzická aktivita, nejlépe v přírodě (Skálův lesní běh od r. 1968). Apolinářský model zdůrazňuje nejen individuální odpovědnost, což je v léčbě závislostí pravidlem, ale i odpovědnost kolektivní. Pochybení jednotlivce se pokládá i za pochybení spolupacientů, kteří s ním mají společný pokoj, jsou v jedné skupině apod. (Richterová Těmínová, Kalina & Adameček, 2008).

Apolinářský či Skálův model je popisován jako základní model léčby, ze kterého se v ústavní střednědobé léčbě vychází. V jejím programu se dle Richterové Těmínové (2008) vyznačuje:

- Strukturovaným programem, ve kterém se během každého týdne vystřídají všechny části komplexního programu
- Pojetím režimu a pravidel jako základní struktury programu, ve kterém jsou specifikovány odměny a sankce
- Bezpečným léčebným společenstvím, vytvářejícím podnětné prostředí pro terapii
- Komunitním setkáváním, na kterém se řeší důležité problémy v léčbě
- Skupinovou a individuální psychoterapií, ve které se kombinuje více psychoterapeutických přístupů
- Rodinnou terapií a poradenstvím
- Pracovní terapií
- Volnočasovými aktivitami a sportem

#### **1.1.5. Strukturovaný program a režim**

Komplexnost a strukturovanost programu je primárně zajištěna časovým rozvrhem, který obsahuje minimálně 20 hodin strukturovaných aktivit týdně, rozdělených do pěti dnů. Obsahuje skupinovou psychoterapii, sociální práci, farmakoterapii, program prevence relapsu a množství rehabilitačních aktivit, jako je pracovní terapie, sport, zátěžové programy, trénink sociální dovedností apod. (Dvořáček, 2003). Časový rozvrh programu tvoří terapeutický tým, který zároveň dohlíží na jeho plnění. Rozvrh je stejný každý týden, mírně se od sebe liší jednotlivé pracovní dny, víkendy jsou pak méně strukturované. Na každý den je program jasně daný, výjimky jsou možné pouze z vážných důvodů po dohodě s personálem oddělení (Dvořáček, 2003).

### **1.1.6. Bodovací systém**

Vychází ze zásad behaviorální terapie, kdy má prostřednictvím vnějších podnětů u léčených osob docházet k vytvoření a upevnění žádoucího chování. Pacienti jsou během své léčby permanentně hodnoceni body, které mohou být pozitivní i negativní. Záporné body se udělují za nežádoucí chování, ke kterým patří porušení režimu, pravidel či neplnění povinností (Kalina et al., 2001). Po udělení bodů následují sankce, od mírnějších, zahrnující většinou zákaz určitého privilegia, jako jsou např. vycházky, až po vyloučení z léčby, které nastává, když množství záporných bodů přesáhne tolerovaný limit. Kladné body nejsou vždy součástí bodovacího systému tak, jako body záporné. Měly by odměňovat chování žádoucí a pacienta motivovat tím, že mu přináší určité výhody či bonusy. Posilující rozměr bodovacího systému se uplatňuje především v ústavní léčbě osob závislých na návykových látkách a má své obhájce i kritiky (Kalina et al., 2001). Bodovacímu systému, který je v ústavní léčbě pevně zakotven, je přisuzován velký terapeutický význam. Jeho současná podoba bývá často nepřehledná a složitá. Oddělení, kde se někteří zaměstnanci snaží tento systém zjednodušit a zpřehlednit, často naráží na odpor u středního zdravotnického personálu, jehož požadavkem bývá, aby měl pro každou konkrétní situaci předem vytvořený návod (Kalina & Mladá, 2015).

### **1.1.7. Terapeutická komunita (TK)**

Obecně tak označujeme strukturované prostředí vytvořené v instituci, kde klient žije a absolvuje léčbu. Měl by se zde cítit bezpečně a mít dostatečný prostor pro osobní růst a zrání, ke kterému dochází díky sociálnímu učení v mezích jasně formulovaných pravidel.

Terapeutický potenciál má TK díky stálému napětí mezi realitou a terapií, kdy na jedné straně stojí každodenní spoluzití a na straně druhé podporované a monitorované učení s nácvikem. Jednotlivé aspekty života jednotlivce, jeho chování, prožívání, vyrovnávání se s pravidly a s ostatními členy jsou základním materiálem terapie. V rámci ní dochází v komunitním dění k neustálé reflexi, objasňování a konfrontaci. Pojem TK zahrnuje široké spektrum různých léčebných přístupů. Každá TK v instituci je však jedinečná a uzpůsobená potřebám svých členů (Kalina, 2013).

Program TK pro závislé je zaměřen na proces uzdravení u závislých osob, které mají mnohočetné problémy v dalších částech svého života, zahrnující kriminální oblast, zaměstnání, rodinu nebo přidružené psychické problémy. Obecným cílem není jen abstinence, ale i opětovné začlenění bývalého uživatele návykové látky do společnosti. Tyto TK byly jednou z prvních specializovaných léčebných institucí pro závislé jedince, které se

vyvinuly mimo tradiční psychiatrické léčebny. Jejich historie sahá až do období Synanonu<sup>1</sup>, založeného roku 1958 v Santa Monice v Kalifornii (Vanderplasschen, Colpaert, Autrique, Rapp, Pearce, Broekaert, & Vandeveld, 2013). TK pro závislé má kromě bezpečného a bezdrogového prostředí i svá další specifika. I když není součástí zdravotnických zařízení, podléhá narůstajícím nárokům v podobně určitých standardů a cílů, čímž se zvyšují i požadavky na organizační autonomii<sup>2</sup>.

TK je oddělena od vnějšího světa a jiných institucí, nejčastěji je umístěna v domě na vesnici. Důraz je kladen na strukturu a pravidla chování, pobyt je rozdělen do několika fází. Od klientů se vyžaduje samostatnost a svépomoc v běžném provozu, zvláštní význam v programu má práce a vzdělávací aktivity. Terapeutický tým bývá složený z profesionálních terapeutů i terapeutů ex – userů (Richterová Těmínová, Kalina & Adameček, 2008).

Na závislost pohlíží jako na poruchu celé osoby v kontextu systému rodiny, léčbě je zaměřena na celou osobnost klienta a zapojuje blízké či jinak důležité osoby z klientova života (Adameček & Radimecký, 2015).

#### **1.1.8. Skupinová psychoterapie**

Léčba závislosti a skupinová psychoterapie je dávana do souvislosti již více než 60 let, od té doby, co byl alkoholismu obecně uznán jako nemoc a zohledněn v diagnostických manuálech. Za první skupinový program lze považovat 12 kroků Anonymních alkoholiků, od roku 1930. Uživatelé NL obvykle velmi příznivě na skupinovou terapii reagují a během ní jsou spíše schopni zůstat střízliví a motivovaní k abstinenci. Za některé léčivé faktory u skupinové terapie je považována příslušnost ke skupině, identifikace s jejími ideály a cíli, konfrontace, podpora a attachment (Reading & Weegmann, 2004).

V ústavní léčbě je skupinová psychoterapie jedním z jejích základních prvků. Bývá využívána široká škála různých skupinových terapeutických přístupů a orientací verbálních i neverbálních (Růžička, 2011). Často se můžeme setkat s dynamicky orientovanou skupinovou psychoterapií a s prvky terapeutické komunity. Důležitým terapeutickým cílem je získání náhledu, nejprve verbálního a poté uskutečnění náhledu produktivního. Díky němu by měl být pacient schopen začít realizovat důležité změny vedoucí k abstinenci a zdravějšímu životnímu stylu (Kalina, 2013).

---

<sup>1</sup> Samosprávná komunita pro závislé, založená Charlesem E. Dederichem (Kalina, 2008).

<sup>2</sup> . Závazné je dodržování Etického kodexu Evropské federace TK a Standardů odborné způsobilosti.

K léčebným účelům se dále využívá skupinové dynamiky. Ta je založena na zkoumání vzájemných vztahů mezi členy skupiny. Soustřeďuje se na jejich provázanost a závislost v souvislosti s vývojem skupiny, reflektuje vztahy mezi skupinou a jednotlivcem a mezi skupinou a okolím (Kalina, 2013). V adiktologické praxi se skupiny nejčastěji dělí na životopisné, tematické a interakční. Některé se označují jako analytické či dynamické, kdy pacient pomocí skupiny rozebírá určité téma z minulosti či současnosti (Kalina, 2015).

Kalina (2013) dále uvádí společné rysy skupinové psychoterapie s uživateli návykových látek:

- Terapeut přebírá větší iniciativu, skupiny jsou více strukturované. Pacienty je třeba více motivovat ke spolupráci. Než se vytvoří skupinová dynamika, terapeut více pracuje s jednotlivými členy
- Při dlouhodobých léčebných pobytech se k vytvoření žádoucího náhledu často využívá konfrontace s dřívějšími patologickými postoji pacienta a zpochybnění jejich další prospěšnosti.
- Terapeut hodně pracuje s emoční podporou, zejména ve skupinách, kde je více nových členů, kteří se ještě necítí na skupině zcela přijímaní a v bezpečí.
- Někteří pacienti mají tendenci projevovat „závislost“ na skupině, terapeutovi nebo léčebném programu. Po přerušení této vazby se stává, že upadnou do stejných vzorců chování, jako před terapií. Řešením bývá přechod k jiné podpůrné skupině, např. v rámci doléčování, jako jsou různé abstinující kluby, hnutí AA apod.

### **1.1.9. Individuální práce s pacientem**

Ve střednědobé ústavní léčbě bývá individuální sezení s psychologem či terapeutem v určitých případech nezbytné. Jedná se však o doplněk základních komunitních a skupinových aktivit (Dvořáček, 2003). Pacient o něj většinou musí požádat na komunitě. Pak, dle domluvy, dochází buď na psychoterapii, poradnictví, či konzultaci. Pokud je z nějakého důvodu indikována individuální psychoterapie, záleží na nastavení konkrétního terapeuta a na oddělení, jak bude v dané situaci postupovat. Obecně se, vzhledem ke komunitnímu typu programu, nedoporučuje vést se stejnou intenzitou obě terapie najednou. V praxi to často bývá řešeno tak, že pacient má nárok na určitý počet individuálních sezení s psychologem oddělení, o která může komunitu požádat. O výsledku individuálního sezení pak informuje ve zkrácené formě svou skupinu na skupinové psychoterapii.

### **1.1.10. Behaviorální terapie (BT)**

Tento směr byl založen H.Eysenckem, J.Wolpem, I.Marksem a dalšími v 50.letech 20.století ve Velké Británii a v USA. Opírá se o poznatky teorie učení vytvořených Pavlovem, Watsonem, Hullem, Skinnerem, atd. (Praško & Možný, 1999). Pojem „behavior“ v překladu znamená jednání, chování, konání. Sleduje a analyzuje viditelné chování osob v určité problémové situaci. Dále se snaží zjistit, které vlivy okolního prostředí toto chování ovlivňují. Cílem terapie je systematická práce s následky tohoto chování, potlačovat projevy nežádoucí a rozvíjet jednání žádoucí (Kalina, 2013).

Konstruktivní způsoby chování, které pacientovi pomohou lépe řešit a zvládat problémy, se rozvíjí pomocí nácviku. BT umožňuje detailně analyzovat a měřit prvky v chování a prokazovat účinnost terapeutických postupů na základě srovnávání dosažených změn (Praško & Možný, 1999).

V léčbě závislosti je BT významně zastoupena. Z jejího pohledu je závislost na návykových naučeným způsobem chování a jednání, které je možné manipulací s následky změnit. Základní formy učení jsou klasické podmiňování, operantní podmiňování a učení nápodobou. U klasického podmiňování je primárním problémem úzkost, které se pacient naučí zbavovat pomocí návykových látek. Později jsou problémem drogy, úzkost se upozadí. Někdy však dochází k rozvinutí bludného kruhu, kdy drogový návyk sám o sobě může úzkost znovu vyvolávat a pacient, aby ji opět potlačil, užívání NL zvyšuje. Při operantním podmiňování dochází k upevňování žádoucího nebo oslabování nežádoucího vzorce chování, pomocí reálných či symbolických trestů a odměn (Kalina, 2013).

Negativním podmiňováním můžeme v léčbě v závislosti chápat averzivní terapii (aplikace farmakologických prostředků v kombinaci s návykovou látkou, z důvodu expozice nepříjemného tělesného stavu). Pozitivní podmiňování se používá např. u relaxace, asertivního chování nebo sebekontroly (Kalina, 2013).

Manipulace s následky se v léčbě závislosti uplatňuje např. v bodovacích systémech a dalších technikách využívajících plánování a úkoly. Využívá je většina zařízení k hodnocení a objektivizaci chování pacientů. Pokud je bodovací systém složený z kladných a záporných bodů, dochází kromě trestání i k odměňování a posilování žádoucího chování. Na některých odděleních se však od kladných bodů upustilo a zůstaly jen záporné. Rizikem bodovacího systému může být nevyváženost mezi sankcemi a odměnou a od určitého momentu (nahromadění mínus bodů) i ztráta terapeutického efektu (Dvořáček, 2003).

### **1.1.11. Ergoterapie**

Jedná se o rehabilitační formu terapie založené na procesu sebe zaměstnávání. Jejím účelem je dosažení terapeutických cílů cestou smysluplné činnosti. V léčbě závislosti se uplatňuje především u pacientů, kteří mají dlouhodobým užíváním návykových látek ovlivněny kognitivní schopnosti a nižší výkonnost v plnění životních rolí. Ergoterapie jim dále může pomoci zlepšit kvalitu trávení volného času či usnadnit návrat do zaměstnání (Svěčená & Rodová, 2/2019). V praxi bývá často zaměňována s pojmem pracovní terapie a rovněž zaměstnanec, který má tuto činnost na oddělení na starosti není ergoterapeut, ale pracovní terapeut, jehož náplň práce se liší.

Cílem práce ergoterapeuta je zlepšení aktivit v běžném životě, pracovní terapeut má za úkol pacienta zaměstnat, zabavit ho a odvést pozornost od nežádoucích myšlenek. Děje se tak většinou pomocí rukodělných aktivit a kreativních činností (Svěčená & Rodová, 2/2019).

### **1.1.12. Pracovní terapie**

Pojem pracovní terapie či rehabilitace zahrnuje konkrétní činnosti, jejichž osvojením se pacienti jsou schopni lépe zapojit do běžného života. Vykonaná práce jim kromě toho zvyšuje sebevědomí a navozuje psychickou pohodu. Oddělení se většinou střídají na jednotlivých činnostech po skupinách, které utvářejí i v psychoterapii. Podle ročního období se vykonávají potřebné práce v zahradě, zahrnující vše od hrabání listí, po sklizení zasetých plodin, jednoduché řemeslné práce uvnitř budov, v případě zájmu je možné využít další rukodělné aktivity, nejčastěji keramiku a jiné výtvarné činnosti, pletení košíků nebo šití. Pacienti oddělení se podílejí i na jeho úklidu a drobných opravách, proto lze do pracovní terapie zahrnout i mytí oken, vytírání, utírání prachu a další běžné činnosti vykonávané v domácnosti, s výjimkou vaření.

## **Shrnutí**

Cílem první kapitoly bylo stručně popsat a představit systém střednědobé ústavní léčby v České republice, od její historie, počínající založením Československa, do její současné podoby. V podkapitole byly uvedeny pojmy, které se ve střednědobé ústavní léčbě v ČR používají a které se objevují i při dalším popisování zkoumaných institucí. Některé prvky, jako detoxifikace či stabilizační pobyt sice nejsou součástí tohoto druhu léčby, nicméně s ní úzce souvisí.

Detoxifikace např. bývá základní podmínkou pro absolvování popisovaného léčebného programu (Dvořáček, 2003). Stabilizační pobyt je v tomto pojetí součástí doléčovacích

programů, které některá oddělení nabízejí. Terapeutická komunita je jiným typem adiktologické služby, ale vzhledem k tomu, že program oddělení závislosti je dle Dvořáčka (2003) organizován jako terapeutická komunita, jeví se jako důležité sem i tento pojem zařadit.

Mezi pojmy je uvedena behaviorální psychoterapie jako jeden z psychoterapeutických přístupů, které jsou v léčbě používány. Zde je dávana do souvislosti s apolinářským modelem, který se jako jediné teoretické východisko objevuje ve všech třech zařízeních, jak je rozepsáno v další části práce. Jiné terapeutické směry jsou dále charakterizovány pod filosofií jednotlivých institucí podle toho, jak je využívají.

## **2. Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, koedukované oddělení léčby závislostí S7**

### **2.1. Historie**

K vnitřní diferenciaci na jednotlivá oddělení došlo v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy poprvé v 60. letech 20. století. V té době vznikl specializovaný úsek protialkoholní léčby pod vedením primáře MUDr. Boubína. Oddělení bylo označeno jako A 16 a vedeno pouze jako mužské. Jedna jeho část byla ještě vyčleněna pro neklidné pacienty, kteří nepatřili k protialkoholní léčbě (Mistoler, n.d.).

Protialkoholní oddělení vycházelo v té době z přístupu uplatňovaném v Apolinárii. Základem léčby byl režim, důraz na kázeň a vzorný pořádek. Kolem roku 1975 se zde začala více rozvíjet skupinová psychoterapie, což je dáváno do souvislosti s příchodem nových pracovníků, absolventů výcviku SUR, kteří s touto formou práce již měli své zkušenosti (Mistoler, n.d.). Protialkoholní oddělení bylo v léčebně prvním, kde byl režimový program, spolu s psychoterapií, zaveden. Na základě zkušeností odsud pak byli proškoleni další zaměstnanci léčebny a podobný systém byl zaveden i na dalších odděleních.

Oddělení závislostí pro muže v podobném pojetí, jak jej známe dnes, bylo otevřeno v roce 1994 v Jilemnické ulici v Mladé Boleslavi, pod vedením primáře MUDr. Pavla Krákory. Léčba závislosti na alkoholu byla stále zastoupena největším počtem pacientů, nově začali být přijímáni muži závislí na nelegálních drogách a gamblingu (Mistoler, n.d.). V roce 2009 se oddělení přestěhovalo do areálu psychiatrické nemocnice Kosmonosy, která pro něj zrekonstruovala a slavnostně otevřela pavilon S, kde funguje dodnes, pod stejným vedením.

### **2.2. Léčebná filosofie**

Léčba si svým programem klade za cíl vybavit pacienty dovednostmi pro zvládání abstinence v běžném životě. Zaměřuje se především na rozpoznání problémového chování, jeho eliminaci a učí chování vhodnějšímu. Pacienti jsou během léčby začleněni do komunity, nejedná se však o terapeutickou komunitu pro drogově závislé. Některé prvky programu jsou sice podobné, svým přístupem k léčeným osobám se ale oba typy velmi liší.

Léčebný přístup na oddělení integruje:

- Apolinářský model
- Behaviorální přístup



- Kognitivně behaviorální přístup
- Přístupy skupinové psychoterapie

### 2.2.1. Apolinářský model<sup>3</sup>

V apolinářském modelu se prvky behaviorismu rovněž objevují. Na oddělení S7 spočívá AM především v sestavení léčebného režimu i v konkrétních terapeutických aktivitách. Negativní chování je hodnoceno bodovacím systémem, ve kterém pacienti obdrží záporné body. Bodovací systém oddělení nepoužívá kladné body, čímž se od původního apolinářského modelu odklání. Za žádoucí chování pacienti odměňováni nejsou. Smyslem této strategie je přesvědčení, že pacienti se mají chovat podle pravidel, pak je jejich odměnou to, že žádné záporné body nemají. Oddělení kladné body nikdy nepoužívalo, současné vedené má za to, že by se již tak složitý systém stal ještě více nepřehledný a že ostatní personál by si na změnu těžko zvykal. Systém záporných bodů oddělení byl několikrát inovován, k posledním změnám došlo před rokem, k jeho zjednodušení však nedošlo. Je škoda, že oddělení nevěnuje stejnou energii i pozitivní zpětné vazbě, která pacientům chybí. Negativní motivaci znají i ze svého života (např. když budu dál pít, manželka se se mnou rozvede, přijdu o děti, vyhodí mě z práce apod.) a nezdá se, že by jim k abstinenci nějak výrazně pomohla. Souhlasím s tvrzením Kaliny a Mladé (2015), že zaměření na tresty spíše, než na odměnění žádoucího chování se z teoretického hlediska jeví jako kontraproduktivní. Trest vyvolává negativní pocity a odvetné reakce, což může být překážkou pro změnu chování, stává se i důvodem pro dřívější odchod z léčby a vede k obnovení závislostního chování. Pro přehled uvádím propracování bodovacího systému oddělení S7 (Oddělení S7, n.d.):

*„Terapeutický bod (TB) může udělit kdokoliv z terapeutického týmu a spolusprávy. V kuchyni uděluje TB ten, kdo má funkci Kuchyňského. Míra porušení řádu je daná hodnotou terapeutického bodu. Nejnížší terapeutický bod má hodnotu 0,3. Nejvyšší pak 2,4.*

*Pacient, který získá 1,2 terapeutického bodu ztrácí nárok na:*

- vycházky
- terapeutické dovolenky
- možnosti žádat o postup do vyššího stupně léčby (podmínka postupu do vyššího léčebného stupně: v týdnu před postupem méně než 1,2 bodu)

*Pro obnovení benefitů musí dané body odpracovat. Pacient si může odpracovat během jednoho týdne 1,2 terapeutického bodu – ani méně, ani více. Pacient body odpracovává ve svém volnu v sobotu od 13 do 14 hodin (v případě sobotního klubu se body odpracovávají v neděli).*

*Postup odpracování bodů je následující:*

- pacient si vymyslí činnost a konzultuje ji s vrchní sestrou

---

<sup>3</sup> Viz část 2.2.4.

- následně napíše žádost o odpracování, kterou přednese na páteční komunitě
- pacient vypracuje elaborát na jednu A4 stranu, ve kterém se zamyslí nad porušováním řádu a změnou chování, jaký to má vztah k abstinenci – tento elaborát vyhotoví do příští hodnotící komunity, na které ho představi. Poté elaborát vyvěsí na nástěнку, která je umístěná na komunitě. Ostatní pacienti mají možnost si jej přečíst. Kvalita elaborátu je odpovědností pacienta.
- následně jsou terapeutické body anulovány

*Pokud pacient během hospitalizace získá 2,4 terapeutického bodu je upozorněn na možné disciplinární propuštění. Cílem upozornění je, aby se pacient zamyslel, z jakého důvodu se mu nedaří dodržovat řád a co by mohl udělat pro zlepšení. Pokud pacient opět získá 2,4 terapeutického bodu je disciplinárně propuštěn. Terapeutický tým má právo veta a o jednotlivých případech rozhoduje individuálně, může se také rozhodnout, že pacient s opakovaným získáváním TB sestoupí do nižšího stupně léčby. V ojedinělých případech při nezvládnutí režimu může terapeutický tým pacientovi vytvořit individuální plán v léčbě.*

*Jednotlivé body se sčítají a pacient si hlídá jejich výši. Za stav udělených bodů je zodpovědný pacient a spoluspráva. Za nenahlášení bodu, získává pacient 0,3 bodu. Každý pátek po volbě spolusprávy (1x za 14 dní) je hodnotící komunita. Ta je určena k zamyšlení se nad terapeutickými body a dvou týdním fungováním pacienta v léčbě. Pacient se na hodnotící komunitu připraví a v pěti minutách na komunitě hovoří, jak by získané terapeutické body mohly souviset s jeho závislostí, jak by mohl danému porušování řádu předcházet, co by konkrétně mohl ve svém chování změnit a jak. Terapeutické body platí 14 dnů od data, kdy byly přiděleny. Body nižší než 0,9 mizí po 14 kalendářních dnech od udělení automaticky. Skupina, která celkově získala méně jak 3 TB má nárok si o hodinu prodloužit vycházku v sobotu, v době Klubu v neděli. Prodloužení vycházek platí po dobu 14 dnů.*“

Pacienti jsou personálem jsou aktivizováni a vedeni k aktivnímu trávení času. Sportovní aktivity jsou běžnou součástí programu a začínají již ranní rozcvičkou. Dalšími objevujícími se prvky apolinářského modelu jsou typické komunitní programy, hodnotící či postupové komunity, přednášky personálu, četba povinné literatury, psaní deníku, životopisu a elaborátů.

### **2.2.2. Behaviorální přístup<sup>4</sup>**

Behaviorismus se mimo jiné projevuje v pevně nastaveném režimu, který musí pacienti přesně dodržovat. Cílem dodržování režimu je přejít od vnějších pravidel a struktury k pravidlům a struktuře vnitřní, kterou si pacient dokáže udržet sám. Velký význam je přikládán prevenci relapsu a edukaci o závislostním chování. V terapeutických aktivitách se pacienti pomocí hraných scének učí, jak návykové látky odmítat. Personálem oddělení jsou vedeni k tomu, aby uvažovali o svém závislostním chování v minulosti, jak negativně ovlivnilo jejich současný život. Zároveň jsou působením interakcí s ostatními, včetně terapeutického týmu, směřováni k osvojení si zdravějších strategií svého jednání.

---

<sup>4</sup> Viz část 2.2.10.

### 2.2.3. Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Vznikla v 70. letech v Anglii, integrací přístupů behaviorální a kognitivní terapie. Terapeuti se v ní snaží identifikovat maladaptivní vzorce chování a myšlení, analyzovat je a na základě toho vysvětlit, jak vznikly a co je udržuje. V průběhu terapie tím pacientovi umožňuje pochopit, přijmout a vyměnit staré vzorce za vhodnější a účinnější strategie vedoucí ke zvládnání negativního emočního prožívání, projevující ho se nejčastěji úzkostí či depresí. KBT se nezaměřuje pouze na příznaky, i když je chápáno jako významný ukazatel změny (Praško & Možný, 1999).

Jejím hlavním cílem je umožnit pacientovi změnit přístup k sobě, ke svému okolí a svým problémům. Dále usiluje o zvýšení tolerance vůči frustraci, o zlepšení emočního prožívání a zvýšení kvality života. Staví na rovnocenném postavení terapeuta a pacienta (Praško & Možný, 1999). KBT je tradičně vnímána jako metoda vhodná pro individuální práci s pacientem, ale má svůj význam i ve skupinové psychoterapii. Dle Bielanga, McCaba & Antonyho (2006) se účinné faktory skupinové KBT prolínají s některými faktory skupinové psychoterapie a jsou to především:

- Optimismus, pozitivní očekávání a naděje
- Začlenění, ztráta problémů s izolací
- Skupinové učení, zahrnující teoretické vedení terapeutem, rady a zpětnou vazbu od skupiny
- Odklon od sebestřednosti, zaměření pohledu na pomoc ostatním
- Modifikace maladaptivních vzorců chování vzniklých z rané zkušenosti
- Skupinová koheze, která je ekvivalentem terapeutického vztahu
- Zpracování emocí za podpory skupiny

Na oddělení jsou v duchu KBT organizována skupinová sezení nebo některé edukační aktivity. V praxi ale terapeuti při vedení skupin mají tendenci více následovat směr, se kterým sami pracují. Terapeuti jsou na oddělení často přidělováni vedením, v rámci celé psychiatrické nemocnice a na jejich preferovaný psychoterapeutický směr se nebere ohled. Na oddělení se pak ve větší či menší míře přizpůsobí práci ostatních. Skupiny jsou pak spíše integrací několika přístupů.

V teoretické rovině má skupinová KBT psychoedukační, nácvikové a kognitivně restrukturní složky. Práce ve skupině zahrnuje terapeutický výklad, příklady a instrukce, nácvik od jednoduchého ke složitějšímu, zpětnou vazbu od dalších členů skupiny, vzájemné učení se mezi sebou a někdy i domácí cvičení (Kalina, 2013). V praxi se na oddělení s domácími úkoly nepracuje. Terapie zde probíhá tak, že pacient přinese téma, k němu se vyjádří ostatní členové skupiny a terapeut vyloží svůj pohled. Pokud je třeba, pomůže pacientovi, který má skupinu, se v názoru ostatních zorientovat, případně vzít si to, co se mu jeví jako podstatné. Ve výsledku není zase tak důležité, jakým teoretickým směrem se

skupiny vedou, záleží spíš na tom, zda je terapeut kompetentní, zda ví, proč dělá to, co dělá a kam svou intervencí směřuje. Problémem skupin na oddělení je, že terapeuti se střídají a málokdy se povede, že na jednu skupinu jde jeden terapeut vícekrát po sobě. Pacienti si k terapeutovi nemohou vytvořit vztah, brání jim to v úplném otevření se a tím se účinnost skupinové terapie snižuje.

#### **2.2.4. Přístupy skupinové psychoterapie<sup>5</sup>**

Další specifické druhy skupinové psychoterapie, které na oddělení probíhají jsou:

- Genderové
- Psychoedukační
- Nácvikové
- Životopisné

Genderová skupina se týká pouze ženských pacientek, jelikož jich je na oddělení přibližně o dvě třetiny méně než mužů. Genderové skupiny přispívají k odhalení specifických témat, mohou je citlivěji reflektovat a připravit k přednesu na společné komunitě. Rovněž vedou k lepšímu porozumění vlastní i druhé genderové identity (Kalina, 2013). Témata, která jsou na ženských skupinách nejvíce řešena, zahrnují partnerské a rodinné vztahy, témata studu, viny a stigmatizace, těhotenství a potraty, rizikové chování a traumata jako zneužívání, znásilnění nebo domácí násilí (Kalina, 2013). Na rozdíl od klasických skupin, které na oddělení probíhají jsou ale ženské skupiny uvolněnější, není tam příliš kladen důraz na nějakou strukturu, pokud je téma zajímavé, pacientky se volně vyjadřují a sdělují své zkušenosti. Často se ale stává, že pacientky nechtějí citlivější témata otevírat nebo dokonce ani s žádným tématem samy nepřijdou, což příkládám již zmíněnému střídání terapeutů, které se děje i zde.

Na psychoedukačních skupinách se oddělení snaží pacientům přiblížit, jak závislost nebo přidružená psychická nemoc, např. úzkosti či deprese, ovlivňuje jejich fungování ve společnosti, jaký má vliv na rodinu, životní styl, práci apod.

V nácvikových skupinách je pozornost standardně zaměřena na specifické dovednosti, které slouží k osobnímu rozvoji. Jedná se např. o asertivní trénink, zvládání emocí, řešení konfliktů apod. (Kalina, 2015). Na oddělení jsou nácvikové skupiny dobrovolné. V jejich vedení je jeden KBT terapeut, který se nemění. Tato skupina probíhá jednou týdně. Zájem pacientů o ni je středně velký, což připisuji malé povědomosti o tom, jak je možné tyto skupiny využít. V současné době na ně dochází spíše pacienti, kteří mají nějaký kognitivní deficit a pomocí terapeuta trénují paměť.

---

<sup>5</sup> Viz 2.2.8.

Životopisné skupiny slouží na oddělení jako mezník v terapii. Ten, kdo ještě svůj životopis skupině nepřednesl, se může skupinové psychoterapie účastnit, ale nesmí do ní aktivně zasahovat. Po životopisné skupině se stává právoplatným členem. Při životopisné skupině hovoří nejprve o svém dětství, zmiňuje důležité vývojové aspekty a formující události, o škole, kde se zaměřuje na své prožívání spíše než na prospěch, o dospívání až do současnosti. Hodně pozornosti je věnováno závislosti, jejímu vzniku, rozvojovým a udržovacím faktorům, důsledkům. Pacient musí životopisnou skupinu splnit v prvním stupni léčby, aby mohl postoupit do další fáze. Je žádoucí, aby tak učinil co nejdříve a mohl se do terapie plně zapojit. Písemnou formu životopisu kontroluje primární sestra <sup>6</sup>, která se snaží být i na životopisné skupině, pokud jí to služba umožňuje. O systém služeb se stará vrchní sestra. K přednesenému životopisu se na skupině vyjadřuje jak přítomný člen týmu, tak ostatní členové skupiny a hlasováním se rozhodne, zda je životopis přijat. V případě jeho nepřijetí jej musí pacient přednést znovu na některé z dalších skupin a se svou primární sestrou řeší nedostatky.

### 2.3. Prezentace na internetu

Oddělení závislostí S7 je popsáno na internetových stránkách Psychiatrické nemocnice Kosmonosy (PNK). V porovnání s množstvím informací u jiných oddělení patří S7 k těm více sdílným, i když by mohlo obsahovat informací k léčbě mnohem více. Chybí zde například instrukce pro zájemce, kde a u koho se mohou k léčbě objednat, jaká bývá čekací doba nebo co si s sebou mají na oddělení vzít. Informace jsou obecné, nekonkrétní. Minimální doba léčby, jak je na stránkách uvedeno, jsou tři měsíce s tím, že může být prodloužena s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu.

Pozitivní je, že zde můžeme nalézt kontakty na primáře, jeho pracovní email a telefon, stejně jako telefon na vyšetřovnu. Uveden je počet lůžek, specializace oddělení a základní podmínky k přijetí, jako je věk a intenzita odvykacího stavu. Následují informace o složení léčebného týmu (lékař, psycholog, adiktolog, proškolené zdravotní sestry). Program léčby je zmíněn spíše okrajově, pacienty informuje, že se budou účastnit skupinové psychoterapie a že budou mít možnost individuálních rozhovorů s terapeutem. Oddělení k samotné léčbě ještě nabízí pracovní terapie, hiporehabilitaci, relaxaci, kognitivní trénink a edukační přednášky, bez dalších odkazů, co si pod těmito pojmy mohou pacienti představit.

Ohledně ubytování na stránkách nalezneme jen informaci, že pokoje jsou hotelového typu, počet lůžek na pokoji není uveden. Pacienti jsou informováni, že mají k dispozici

---

<sup>6</sup> Primární sestra je přidělena každému pacientovi. Na jednu sestru připadají cca 4 pacienti, dle aktuální obloženosti. Systém primárních sester je prvním krokem oddělení k zavedení určitého individuálního přístupu.

terapeutickou místnost, společenskou místnost, jídelnu, posilovnu, kuřárnu, několik hřišť, bohatě vybavenou knihovnu s počítačem a zdravotně – sociální pracovníci.

Fotografie z oddělení, které jsou veřejně dostupné jsou dvě a zahrnují budovu pavilonu S7 z průčelí, které z větší části překrývá strom a chodbu v 1. patře s ratanovým nábytkem. Materiály ke stažení zde nejsou žádné, není možné prohlédnout si další prostory ani nahlédnout do léčebného řádu. O návštěvách a vycházkách se ze stránek zájemce o léčbu rovněž nic nedozví. Oddělení má podle popisu co nabídnout a je škoda, že to není vidět.

## 2.4. Léčebný řád

Léčba na oddělení S7 je strukturovaná a její průběh je rozdělen do 4 léčebných stupňů. Smyslem struktury dne a týdne je vyváženost jednotlivých aktivit (Oddělení S7, n.d.). Doba léčby trvá minimálně tři měsíce. Její délka nelze předem přesně určit, závisí na postupu pacienta jednotlivými léčebnými stupni, ve kterých plní zadané terapeutické úkoly. Postup do vyšších stupňů sebou nese více kompetencí, ale i více povinností. O postupech se rozhoduje na postupových komunitách hlasováním. Kalina (2015) nazývá program tohoto typu hodnotícími skupinami, kdy se komunita vyjadřuje k jednotlivci či více členům. Terapeutický tým může využít právo veta, především v případě rozhodování o dalším průběhu a postupu léčby (Oddělení S7, n.d.).

Pacienti v každém stupni se podílejí na chodu oddělení a pečují o komunitu. Učí se zvládat režim pomocí systému terapeutických bodů, které jsou mu udělovány při nedodržování pravidel léčby. Terapeutické body jsou pouze záporné a jejich vymazání je možné po vykonání určité činnosti, kterou si pacient sám zvolí a komunita spolu s personálem mu ji schválí.

Řád uvádí, že veškeré rituály spojené s návykovým chováním nejsou povoleny. Zdůvodňuje to tak, že tyto rituály mohou vyvolávat bažení (craving) po psychoaktivní látce a znesnadňovat sebeovládání (Oddělení S7, n.d.). Příkladem rizikového rituálu v populaci uživatelů NL, je manipulace s injekční stříkačkou, která vede u závislých na drogách k bažení a k podobným pocitům, jako kdyby byli intoxikováni (Nešpor, 2011). Na oddělení se zákaz nejčastěji týká hraní karetních her, poslouchání hudby spojené s drogovým prostředím<sup>7</sup>, kouření cigaret a současného pití kávy apod. (Oddělení S7, n.d.). Program sice umožňuje kouřit tabákové výrobky, ale usiluje o snižování jejich množství<sup>8</sup>. Na kuřárnách, které oddělení dokonce prezentuje na webových stránkách, nejsou žádné stoly ani židle, jedná se o prázdné místnosti. Personál tím chce zamezit scházení se pacientů v těchto

---

<sup>7</sup> Termín je takto uvedený v řádu oddělení, není však nijak definováno, jak taková hudba vypadá nebo jak se pozná, že pacient tuto hudbu poslouchá.

<sup>8</sup> Snaha se projevuje začleněním edukace o škodlivosti kouření do skupin a úsilím primárních sester, které se snaží pacienty ke snížení spotřeby tabákových výrobků motivovat na individuální rovině.

místnostech a má za to, že když pacienti nemají ke kouření pohodlí, budou zde trávit méně času. V praxi to vypadá tak, že pacienti zde stojí v hloučkách a tomu, aby zde trávili více času, brání spíše nabitý denní harmonogram než nepohodlí. Přítomnost kuřáren v každém patře pavilonu je navíc v rozporu se současnou snahou o snižování množství vykouřených cigaret. Řád dále upravuje užívání kofeinových nápojů a silných čajů, dovoluje je konzumovat pouze v čase od budíčku do 19:00, kvůli zachování spánkové hygieny (Oddělení S7, n.d.). Tímto pravidlem se personál snaží snižovat množství medikace u pacientů, kteří mají problémy s usínáním a spánkem obecně.

Oddělení doporučuje zapojit do spolupráce rodinu pacienta minimálně tím, že si rodinný příslušník pohovoří se zdravotní sestrou na oddělení, nejlépe primární sestrou pacienta, pokud je to možné, která mu o závislosti a její léčbě poskytne potřebné informace. Další možností spolupráce rodiny je vyplnění dotazníku pro rodinu, který je jí zaslán či předán. Informace poskytnuté rodinou může personál použít v terapii pouze s jejím předchozím souhlasem.

Skupiny s blízkými oddělení neumožňuje, i když některé prvky, které jsou v těchto skupinách přítomny, jak je uvádí Frouzová a Kalina (2008), poskytují při pohovoru samy zdravotní sestry. Jedná se zejména o umožnění vyjádření negativních pocitů, souvisejících s užíváním NL jejich blízkého, kdy jsou frustrováni z jeho lhaní, citového vydírání, manipulování, agrese nebo krádeží. Mohou tak pomoci tyto emoce korigovat a částečně ošetřit, případně nasměrovat rodinné příslušníky na odbornou pomoc. Sezení sestry a příbuzného však probíhá bez přítomnosti pacienta, což se nezdá jako vhodné. Tento způsob spolupráce může signalizovat určitou formu spiknutí a pacientovi přiřazuje pasivní roli. Na jednu stranu je dobře, že rozhovor s příbuznými vůbec probíhá, na druhou stranu jsou v tomto směru na zdravotní sestry kladeny velké nároky, které během svého pracovního procesu nemusí vždy naplňovat.

Návštěvy jsou, dle Oddělení S7 (n.d.), určeny primárně pro blízké příbuzné. Z terapeutického hlediska nejsou doporučovány v prvních týdnech léčby kvůli lepší stabilizaci pacienta v novém prostředí. Pacienti mohou využívat samostatných vycházek od 2. stupně léčby, terapeutické dovolenky jsou umožněny od 3. stupně léčby. O povolení dovolenky žádá pacient na komunitě v úterý. Při jejím schvalování komunita nejčastěji přihlíží k těmto náležitostem: počet získaných bodů, pohovor nebo dotazník od rodiny, zdravotní stav pacienta. Ve 3. a 4. stupni léčby je pacientům umožněno navštěvovat kulturní programy nebo samostatné nedělní vycházky, přednesení žádostí a jejich schvalování probíhá na úterní komunitě (Oddělení S7, n.d.). Systém vycházek a víkendových dovolenek se jeví jako vhodně aplikovaný. Jak uvádí Dvořáček (2003), nejefektivnější jsou ty změny, ke kterým dochází během pobytu v původním prostředí a během celé léčby jsou dovolenky jedinou možností, jak být se svým prostředím v kontaktu a nějaké změny nastavit.

Důležitým článkem mezi pacienty a terapeutů je spolupráva, která se podílí na chodu oddělení. Pacienti se ve funkcích mění po 14 dnech a každá z komunity se během své léčby musí některé funkce ve spoluprávě účastnit (Oddělení S7, n.d.). Členy spoluprávy si volí komunita v určeném programu. Pacient si pomocí členství ve spoluprávě má možnost osvojit sociální dovednosti, a pracovní návyky, má větší odpovědnost, je nucen řešit problémy a krizové situace. Cílem je mimo jiné i nabytí sebedůvěry a reálného sebehodnocení. Po každém 14denním období, kdy pacient ve spoluprávě končí, je komunitou hodnocen, jak ve své roli obstál. V tomto jediném případě může být oficiálně udělována pozitivní zpětná vazba, členové komunity hodnotí znaménky plus a minus u jednotlivých předepsaných vlastností.

Od počátku léčby si pacienti vedou terapeutický deník, který je chápán jako důležitý terapeutický nástroj. Psaní deníku má svá specifická pravidla, stejně tak jako jeho předávání. Vše je popsáno v pokynech při předávání sešitu, který pro vedení deníku slouží. Zápis za jeden den např. nesmí být kratší než na polovinu stránky A5, měl by obsahovat myšlenky a pocity autora, který by se měl zároveň vyhnout popisování denního programu, co kdy a kde absolvoval, měl by psát o svém prožívání (Oddělení S7, n.d.).

V praxi ale nejsou uplatňovány žádné sankce v případě, že obsah deníku neodpovídá zadání. Záporné body pacienti obdrží v případě, že deník neodevzdají včas nebo ho např. někde zapomenou. Deník čtou každé ráno někteří členové zdravotnického týmu a po přečtení se pod zápisem podepíší. Po ukončení léčby zůstává deník na oddělení a pacienti do něj mohou psát, pokud přijedou na opakovací léčbu. V psychoterapii se se zápisky spolu s pacienty dále nepracuje, personál si jen předává informace, pokud někdo do deníku napsal něco zajímavého. Deník sám o sobě může být pomocníkem v léčbě, měl by ale sloužit především pacientům, kteří si ho píš, ne personálu. Sám pacient by měl rozhodnout, kdo ho bude číst a proč, stejně jako by měl sám rozhodnout, co do něj bude psát a zda vůbec. Rovněž by psaní deníku mohlo mít mnohem větší potenciál, pokud by jeho autorům bylo srozumitelně vysvětleno, k čemu může být dobré. Při příchodu na oddělení dostanou prázdný sešit spolu s pokyny, jak si mají deník psát a tím většinou instruktáž končí.

V rámci léčby jsou podnikány terapeutické výlety, kterých se účastní celé oddělení s přihlédnutím na aktuální zdravotní stav. Tyto akce mají sloužit k uvědomění si nových možností trávení volného času, k podpoře sebevědomí a rozvoji vlastních schopností. Další hodnota terapeutických výletů je v tom, že se jich účastní terapeuti a lékaři z týmu, často i s primářem oddělení. Pacientům je tak dáván pozitivní vzor vlastním příkladem a mají možnost vytvořit si užší vztah k lidem, které poznají i z jiné stránky.



### 2.4.1. Domácí řád

Oddělení otevřeného typu je rozděleno na dvě části. Příjmovou, v počtu 4 lůžek a psychoterapeutickou, v počtu 34 lůžek. Příjmová lůžka slouží pro pacienty, kteří jsou na oddělení noví a obývají je od 1 do 5 dnů, v závislosti na jejich zdravotním stavu a rychlosti jejich postupu do 1. stupně léčby (Oddělení S7, n.d.). Příjmová lůžka nesloužící k detoxifikaci, ta musí probíhat na jiném oddělení. V praxi se jedná spíše o filtr, kde se rozhoduje, zda je nově příchozí vhodný do programu oddělení. Pokud z nějakého důvodu nezvládne základní požadavky, které jsou na něj kladeny v tzv. nultém stupni léčby, jedná se mezi členy personálu o jeho propuštění či předání do vhodnějšího typu služby. Tento systém má své výhody i nevýhody. Výhoda je, že pokud se pacient i personál domluví na tom, že tento typ léčby pro něj nebude přínosem, děje se tak ještě před jeho zapojením do terapie. Komunita si nemusí zvykat na nového člena a za pár dní se s ním zase loučí a nově příchozí není zatížen dalšími nároky. Nevýhodou je riziko, že bude propuštěn člověk, který by po zařazení do komunity třeba začal nároky splňovat, jen k tomu nedostal šanci. Mnoho pacientů má po přijetí strach z neznámého, nejsou ještě plně stabilizováni a jejich aktuálně negativní rozpoložení, které může být jen dočasné, je od další léčby odradí.

Pacienti jsou k dobrovolné léčbě přijímáni pouze ve střízlivém stavu. Při příjmu se provádí dechová zkouška a test moči, s nulovou tolerancí. Po přijetí na oddělení až do 2. stupně léčby se pacienti smějí pohybovat mimo oddělení po areálu psychiatrické nemocnice pouze v doprovodu personálu. Oddělení je koedukované (Oddělení S7, n.d.). Počet ženských a mužských lůžek není pevně stanoven, přizpůsobuje se aktuálním žádostem o léčbu, i když vzhledem k počtu ženských sprch a toalet není možné obsadit více než 10 ženských lůžek. Oddělení se svým popisem jeví tak, že nabízí stejné možnosti jak pro léčbu žen, tak pro léčbu mužů, ale ve skutečnosti jsou ženy ve značné nevýhodě. Oddělení prošlo rekonstrukcí před několika lety a další úpravy sociálních zařízení nejsou v dohledné době bohužel v plánu.

Stravu zajišťuje psychiatrická nemocnice třikrát denně. Pacientům je podávána dle lékařem naordinované diety, a to pouze v jídelně v přízemí. Stravu ani společné nádobí není možné odnášet na pokoje, jídlo ani pití se nekonzumuje v komunitních a terapeutických místnostech. V jídelně je vybavená kuchyň, kde je možné po domluvě s personálem připravit jiné pokrmy. Nákupy jsou možné v areálu psychiatrické nemocnice nebo v jejím blízkém okolí (Oddělení S7, n.d.). Oddělení by mohlo tuto kuchyň využívat i k určitým terapeutickým aktivitám a lépe tak využít svůj potenciál. Pacienti by se v rámci pracovní terapie mohli učit soběstačnosti při vaření. Takový program zatím není oddělením podporován.

Oddělení je rozmístěno do 3 podlaží. Pacienti jsou ubytováni v 1. patře, kde se nachází i příjmová část, a ve 2. patře s vlastní psychoterapeutickou částí (Oddělení S7, n.d.).

Rozmístění na pokoje určuje personál. Na pokoje dalších pacientů je vstup zakázán. Dále není pacientům dovoleno bez vědomí personálu samovolně chodit do pater, kde nejsou ubytováni (Oddělení S7, n.d.). Pokud je třeba jiné patro navštívit, je třeba se ohlásit personálu na vyšetřovně, která se nachází na začátku 1. patra. Význam toho pravidla není zcela jasný a při bližším pohledu postrádá smysl. Personál chce mít přehled o tom, kdo se kde pohybuje, ovšem při kapacitě 38 pacientů, které mají na starost dvě zdravotní sestry to je velmi náročné. Pokud pacienti nechtějí, aby o nich personál věděl, tak se nenahlásí, případně se ošetřovně vyhnou, což není těžké.

#### 2.4.2. Stupně léčby

- 0. stupeň

Po příchodu do léčby je pacient ubytován v příjmové části oddělení. Nultý stupeň slouží k adaptaci, seznámení se s domácím a léčebným řádem. Trvá maximálně 1 týden. Pacientovi je přidělena primární sestra a patron (starší pacient v léčbě). Účastní se společných komunit, racionálních terapií a večerních aktivit. Neúčastní se psychoterapeutických bloků, postupové komunity a programu spolusprávy. Připravuje si ústní žádost o přijetí do léčby, kterou pak přednese na komunitě (Oddělení S7, n.d.). Ta o přijetí rozhoduje hlasováním. Žádost obsahuje stručné sdělení, proč pacient přišel do léčby, jaký má problém, slouží k nahlédnutí na vlastní problematiku závislosti.

- 1. stupeň

Pacient je zařazen do skupiny<sup>9</sup> a standardního terapeutického programu, jeho prvním úkolem je sepsat životopis. Po schválení životopisu primární sestrou, přednese pacient životopis na psychoterapeutické skupině. Elaborát do 2.stupně pacient začíná vypracovávat po dohodě s primární sestrou, po schválení životopisu skupinou. Postup do 2. stupně je možný po 14 dnech od schválení životopisu skupinou. První stupeň slouží k zmapování dosavadního života a získání náhledu na vývoj a dopady závislosti. Pacient získává informace o závislosti z odborné literatury (Oddělení S7, n.d.). Na základě získaného náhledu na problematiku závislosti si ujasňuje své problémy a následně cíle léčby.

- 2. stupeň

Pacient pracuje na tom, co si stanovil ve svém individuálním léčebném plánu<sup>10</sup>. Jsou mu povoleny samostatné vycházky a používání mobilního telefonu, o vše žádá na komunitě, která opět rozhoduje hlasováním. Dle Oddělení S7 (n.d.) je ve 2.stupni doporučováno zaměřit se především na terapeutickou práci na sobě samém, teoretické informace získané z literatury propojovat s praxí (př. zvládání bažení, stresu, úzkosti apod.). Pokud se něco nedaří,

---

<sup>9</sup> Na počet 38 pacientů připadají 3 terapeutické skupiny, A, B a C.

<sup>10</sup> Individuální léčebný plán je součástí postupové žádosti a je konzultován s primární sestrou.

je vhodné problém řešit na skupině. Délka 2. stupně je rozložena do 4 týdnů. Na jejich konci pacient žádá o postup do 3.stupně léčby stejným způsobem, jako při předchozím postupu.

- 3. stupeň

Pacient se připravuje na život po léčbě. Prakticky řeší svou situaci – bydlení, práci, doléčování, rodinné vztahy, vytváří si plány do budoucna. Na terapeutických dovolenkách si zkouší v domácím prostředí zvládat bažení, rozeznávat rizikové situace a nastavit si nový životní styl bez návykové látky. Dovolenka trvá od pátku do neděle. Pro řádně ukončenou léčbu by měl absolvovat min. 2 terapeutické dovolenky (Oddělení S7, n.d.). S tím, co na dovolenkách prožil, se pak pracuje v terapii. Terapeutická dovolenka bývá často zdrojem dalších témat, která by bez návštěvy v domácím prostředí zůstala neobjevená. Víkend mezi 1. a 2. dovolenkou zůstává pacient na oddělení. Význam tohoto pravidla není nikde uveden a spíše by se jevílo více logicky, kdyby bylo pacientům umožněno strávit v domácím prostředí více času, dokud mají možnost řešit situaci v chráněném prostředí na oddělení. Délka 3.stupně je rozložena do 4 týdnů, které končí opět elaborátem a žádostí o postup (Oddělení S7, n.d.).

- 4. stupeň

Délka 4.stupně trvá maximálně 10 dnů, což je poměrně krátká doba. Oddělení S7 (n.d.) uvádí, že pacient si v této fázi domlouvá a ujasňuje konkrétní termíny nástupu do zaměstnání a dalších schůzek souvisejících s doléčováním. Má si vypracovat plán na nejbližších 14 dnů po opuštění léčebny. Dále není uvedeno, co má nastat po těchto 14 dnech, především když na první opakovací léčbu může přijet až po třech měsících. V tomto bodě se patrně počítá s tím, že do dvou týdnů bude mít pacient nějaký domluvený doléčovací program. Pokud ale nemá domluvenou individuální terapii, což se stává málokdy, u psychiatra či na skupinovém sezení většinou není prostor pro to, aby tam řešil svůj plán na delší dobu. Pacientům, kteří se připravují na odchod z léčby, by v tomto směru mělo být věnováno více pozornosti a individuální péče.

### 3. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

#### 3.1. Historie

Zařízení bylo založeno v roce 1966 a několik let po svém vzniku se stalo největším zařízením, specializovaným na léčbu alkoholismu v Československu. Prvním primářem a ředitelem byl MUDr. Vladimír Řezníček. V léčbě vycházel ze základního Apolinářského modelu, který však přizpůsobil podle svého zaměření. Prováděl terapie LSD a arteterapie, jeho přístup byl v mnohém mírnější a uvolněnější. Po roce jeho funkce ho nahradil MUDr. Vladimír Kubíček. Ten v Červeném Dvoře zavedl stejný systém, který se používal v Apolináři, založený především na režimu a disciplíně, arteterapii zcela zrušil. Jako odborný metodik zde zpočátku působil doc. Skála. Na nastavené léčebné filosofii měl významný podíl. MUDr. Kubíček v léčebně působil do roku 1995, program léčby zůstal po tu dobu prakticky neměnný (Debnar, 2017).

V době svého otevření v roce 1966 měla léčebna 30 lůžek a jedno oddělení, které bylo později označeno jako oddělení „C“. Po stavebních úpravách spojených s rekonstrukcí a s nově otevřeným oddělením „A“ se v 70. letech kapacita léčebny pohybovala okolo 50 lůžek. Od roku 1969 zde mohly ústavní léčbu podstoupit ženy závislé na alkoholu a jiných návykových látkách. Většina žen vyžadující léčbu ji však později podstupovala v Lojovicích u Prahy (Debnar, 2017).

Po odchodu MUDr. Kubíčka do roku 1997 léčebnu vedl MUDr. Slavomír Spousta, který zvolil liberálnější přístup k pacientům a znovuzavedl arteterapii. Tu vedl MUDr. Milan Kyzour, stejně jako za doby pod vedením MUDr. Řezníčka. Za působení MUDr. Spousty vzniklo nové oddělení detoxifikace (Debnar, 2017).

V letech 1997 až 2001 léčebnu vedl Ing. Václav Protiva. Za doby jeho působení nedošlo v léčebně k nijak významným změnám. Od roku 1998 působil jako lékař léčebny MUDr. Jiří Dvořáček, který od roku 1999 převzal primářskou funkci a od roku 2001 doposud je v léčebně ředitelem. Po svém nástupu musel změnit celý systém léčby, včetně ekonomických záležitostí. Byl sestaven nový léčebný řád a další důležité dokumenty. Rovněž došlo k větším stavebním úpravám, které např. umožnily rozdělit koedukované oddělení na jedno ženské „A“ a dvě mužská „B“ a „C“ (Debnar, 2017). V současnosti je kapacita léčebny 103 lůžek a ročně absolvuje terapeutický program 550 až 750 pacientů.

## 3.2. Léčebná filosofie

Léčebna má čtyři oddělení, jedno příjmové detoxifikační a tři psychoterapeuticko-režimová, z toho dále jedno ženské a dvě mužská. Důraz je kladen na posílení individuální a kolektivní odpovědnosti za sebe a za komunitu. Léčba kombinuje režimové aktivity s psychoterapeutickými a snaží se prostředí co nejvíce přizpůsobit běžnému životu. Pracovní terapie zde proto tvoří základní náplň dne (Dvořáček, 2016).

Léčba je orientována abstinenčně, proto má nastavené vyšší společné cíle, které mají pacienti přijmout, kromě těch individuálně nastavených. Obecně uznávané cíle dle Dvořáčka (2016) jsou:

- Dokázat bez příkras a v plném rozsahu nahlédnout na své problémy vzniklé v důsledku závislostního chování, otevřeně o nich hovořit v terapii a řešit jejich důsledky.
- Jako nejbezpečnější přijmout cestu trvalé a důsledné abstinence, zaujmout nekompromisní postoj k návykovým látkám a odepřít si rizikové známosti a rizikový životní styl.
- Přijmout v životě zodpovědnost za své chování, najít si zpět místo v rodině a ve společnosti.
- Změnit systém životních hodnot, vytvořit si jasnou představu budoucího života a kroků k němu vedoucích
- Podílet se na léčbě druhých a na kvalitním chodu celého léčebného společenství.
- Naučit se kvalitně trávit volný čas.

Dle primáře a ředitele léčebny, MUDr. Jiřího Dvořáčka, je léčebný přístup tvořen několika ideovými vzorci, mezi kterými se léčebná filosofie v čase pohybuje. Základní pilíře terapeutického smýšlení jsou:

- Neurobiologický model závislosti
- Teorie terapeutické komunity pro drogově závislé
- Humanistická psychoterapie
- Tao te ting
- Některé prvky Apolinářského modelu

### 3.2.1. Neurobiologický model závislosti

Vychází z dopaminové hypotézy, podle které souvisí odměňující efekt návykových látek s činností mezolimbického dopaminergního systému, tedy s neuronálními sítěmi, nazývanými jako systém odměny. Zajímá se, jak působením biologického agens (drogy) na biologický substrát (mozek) dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování. Nahlíží na závislost jako na chronické recidivující onemocnění mozku (resp. systému odměny) s některými zásadními behaviorálními projevy, které zahrnují kompulsivní charakter užívání

drog, preferování užívání drog před jinými zdroji odměny nebo vysokou tendenci k relapsu i po letech abstinence (Dvořáček, 2008).

Systém odměny je složen z více částí mozku, za jeho hlavní funkční a anatomickou strukturu je považováno nucleus accumbens. Zde se přirozeným zdrojem odměny zvyšuje výdej dopaminu, který pravděpodobně funguje jako značka pro učení se spojení určitého podnětu s libostí. Dopamin je klíčovým mediátorem pro akutní odměnu a vznik závislosti (Dvořáček, 2008).

Systém odměny je jedním z nejdůležitějších autoregulačních mechanismů. Zajišťuje člověku potřeby nutné k přežití a rozmnožování. Určité situace a jednání (dobré jídlo, sex apod.), jsou spojovány s příjemným pocitem, čímž se zvyšuje pravděpodobnost jejich opakování a tudíž přežití. Prožitek odměny (účinek drogy) spustí v mozku procesy učení, které vedou k vytvoření kladného vztahu ke zdroji odměny, k rozpoznání podnětů vedoucích k odměně (libosti) a ke zvýšení motivace organismu libost znovu zažít, v tomto případě znovu získat drogu (Šustková, 2015). Neurobiologický model se snaží porozumět podstatě závislosti, nalézt biologické znaky, které by svědčily o vyšší zranitelnosti či predispozici k závislosti a nalézt efektivní terapeutický přístup, který by umožnil závislost a její projevy mírnit (Dvořáček, 2008).

Na základě této teorie je u pacientů volena vhodná farmakoterapie a používají se behaviorální přístupy založené na operantním podmiňování. Techniky sloužící k manipulaci s následky využívají plánování, úkoly a zpevňování abstinčního či jiného žádoucího chování (Kalina & Mladá, 2015). PLČD stejně jako další dvě popisované instituce využívá bodovacího systému, ve kterém lze operantní paradigma rovněž nalézt.

### **3.2.2. Teorie terapeutické komunity pro drogově závislé**

Filosofie TK pro drogově závislé zdůrazňuje, že projevy závislosti nejsou v popředí pozornosti, že jádrem problému či poruchy je klient a jeho vztahy. Syndrom závislosti zde není chápán jako podstata poruchy, ale jako její projev. O užívání NL se uvažuje v širších souvislostech, psychologických a vývojových. Odráží obecnější problém zvládání životních situací. Typickým rysem závislých je nezralost, nízké sebehodnocení a problémy spojené s charakterem a životním scénářem (Kalina, 2013). Přístup terapeutické komunity byl do léčby závislostí na psychiatrickém oddělení zaveden doc. Skálou. Jeho apolinářský model se tak prolíná s prvky léčebných terapeutických komunit. Ty lze na oddělení léčby závislostí vidět buď ve formě organizace péče nebo ve formě terapeutického nástroje (Dvořáček, 2007).

### 3.2.3. Humanistická psychoterapie

Je rovněž nazývána rogerovskou terapií nebo terapií zaměřenou na klienta. Největší důraz přikládá rozhovoru. Je nedirektivní, terapeut je empatický, podporující, zrcadlící, zajímá se o „tady a teď“ (Kalina, 2013). „*Rogerovský terapeut nemusí znát pro potřeby interpretace pacientovu minulost: potřebuje empaticky porozumět tomu, jak pacient nyní vnímá a prožívá sebe a svůj svět, což zahrnuje i to, jak nyní vnímá a prožívá svou minulost* (Kalina, 2013, p. 178).“

Humanistická teorie věří v přirozenou touhu člověka se rozvíjet a svobodně se rozhodovat. Vychází z toho, že základní hybnou silou člověka je sebeaktualizace, tedy uskutečňování vlastního lidského potenciálu, což je vrozené. Nevychází z žádné teorie psychopatologie, nepoužívá pojem jako duševní nemoc. Základním postupem v terapii je dialog mezi klientem a terapeutem (Kalina, 2013).

Pro léčbu závislostí se rogerovská terapie hodí spíše v kombinaci s dalšími přístupy. Svou empatií a akceptací klienta tvoří příjemnou a účinnou protiváhu moralizující a na chování zaměřené tradici. V integraci s kognitivně – behaviorálními přístupy představuje terapii posilující motivaci, známou jako motivační rozhovory (Kalina, 2013). Terapie v PLČD vychází z toho, že motivace není pouze záležitostí klienta a není jen černobílé hodnocení, kdy motivace buď je nebo není. Využívá obecných principů tohoto přístupu, spočívající jednak v kladení důrazu na stanovení konkrétního cíle<sup>11</sup> a jednak v kladení důrazu na terapeutický přístup, ve kterém terapeut přihlíží ke stavu motivace<sup>12</sup> pacienta a na základě toho poskytuje vhodnou intervenci.

### 3.2.4. Tao te t'ing

Jedná se o základní knihu taoismu. Volně se překládá jako Kniha o Tao a ctnosti nebo Kniha o Cestě (Tao) a její Síle (Te). Slovo t'ing znamená posvátná kniha. Má 81 textů a je rozdělena na dvě části, první se zabývá ontologií, metafyzikou a světotvorbou, druhá politickou tematikou. Taoismus je jednak filosofií a jednak náboženstvím. V současné době je taoismus jedním ze tří velkých čínských náboženství, další jsou konfucianismus a čínský buddhismus (Kozmová, 2015).

Taoismus chápe cestu člověka jako ryze individuální, nezabývá se morálkou, ale přirozeností a s tím spojenou harmonií. Jako zakladatel taoismu je označován čínský mudrc Lao-c', kterému je rovněž legendami připisováno autorství knihy. Taoismus však obecně žádného

---

<sup>11</sup> Pacienti jsou vedeni k tomu, aby si individuální cíl své léčby definovali sami krátce po nástupu. Tento cíl by měl být jasný, měřitelný, dosažitelný, reálný a časově omezený (Kalina, 2013).

<sup>12</sup> K určení stadia motivace je užíváno „kolo změny“ dle Prochasky a diClementa z r. 1983.

zakladatele nemá, uctívá velké množství mistrů, kteří ho vyučovali nebo o něm psali. Zároveň je ale zastáván názor, že vyučování taoismu je nemožné, protože tao, které lze postihnout, není věčné a neměnné tao. Mistři tedy mají spíše ukázat cestu, ale každý člověk si tu svou musí najít sám, a to jak na úrovni intelektuální, duchovní i tělesné. Pro dosažení harmonie s vesmírem je předpokladem harmonie vlastního těla, které je stejně důležité jako mysl či vztahy k druhým lidem (Kozmová, 2015).

V léčebné filosofii oddělení se tato teorie souvisí se snižováním přísnosti režimu oddělení, kdy je pacientům ponechán větší prostor pro plnění vlastních cílů a zároveň je jim ponecháno více odpovědnosti za své chování.

### **3.3. Presentace na internetu**

Léčebna se prezentuje na svých internetových stránkách, které jsou rozděleny na několik oblastí. V sekci „Zprávy“ je seznam akcí, které se v léčebně chystají nebo které již proběhly. U jednotlivých akcí jsou pak uvedeny další informace a odkazy, případně ohlasy účastníků. V sekci „Informace“ je možné stáhnout materiály k léčbě. Ta má i svou samostatnou sekci. Kromě rozsáhlého popisu samotné střednědobé ústavní léčby je zde uvedeno, jak mají postupovat lidé mající problém s návykovou látkou, kteří se k ústavní léčbě ještě nerozhodli, kam se mohou obrátit, chtějí – li zkusit nejprve ambulantní program nebo individuální terapii. Naleznou zde srovnání individuální a skupinové psychoterapie v léčbě závislostí i kontakty na vedení léčebny a další členy terapeutického týmu.

Informace k ústavní střednědobé léčbě jsou komplexní, obsahují její pravidla, program, fáze, seznam terapeutických aktivit, cíle a praktické informace ohledně objednání a přijetí. U jednotlivých bodů je popsáno, co přesně znamenají a je zde i vysvětleno, proč jsou v léčbě závislosti důležité. Popis léčby je přehledný a je z něj patrná snaha o citlivý a vstřícný přístup.

Zajímavou složkou na internetových stránkách jsou Vaše ohlasy. Jedná se o archivované a aktuální vzkazy pacientů. Obsahují jejich pozdravy, vzpomínky na léčbu nebo sdílení, jak se jim daří abstinovat. Nejstarší archivované vzkazy jsou z počátku roku 2007. Většina z nich vyznívá velmi povzbudivě a může sloužit jako motivátor pro ostatní. Taková forma sdílení udržuje pocit sounáležitosti ke komunitě, do které pacienti patřili nebo patří. Tím, že na internetových stránkách je prostor i pro vyjádření pacientů dává léčebna najevo, že je pro ně jejich pohled a názor důležitý.



### 3.4. Léčebný řád

Podrobnější informace k současnému léčebnému řádu nebyly pro účely této práce personálem PLČD zpřístupněny z důvodu jejich možného nežádoucího šíření. K tématu bylo možné použít pouze veřejně dostupné materiály, obsahující základní pravidla léčby a její stupně. Kardinální pravidla, jejichž nedodržení je překážkou pobytu v léčebně, jsou:

- „*Udržování bezdrogového prostředí;*
- *Spolupracování při všech terapeutických aktivitách;*
- *Zákaz fyzické agrese, psychického nátlaku, projevů rasismu, sexismu a jakékoli formy nesnášenlivosti; (Dvořáček, 2016, p.1)“*

Porušení abstinence během léčby, ale i manipulování s alkoholem, nelegálními drogami nebo nepředepsanými léky, jsou důvodem pro okamžité propuštění z léčby v jakékoliv její fázi. Terapeutický tým pravidelně kontroluje čistotu bezdrogového prostředí, používá k tomu dechovou zkoušku a rozbor moči. Pokud je to potřeba, může omezit návštěvy či vycházky. Dále je pacientům během doby jejich pobytu kontrolován obsah balíků a dopisů, nejedná se však o čtení korespondence. Přesto tyto postupy, týkající se kontroly, se zcela neshodují s filosofií taoismu ani s humanistickými přístupy (Dvořáček, 2016). Není známá četnost kontrol v praxi, ani to, jak často se stane, že je prostředí „intoxikováno“ zakázanou látkou či chováním, proto není logické dále vhodnost těchto kontrol rozebírat.

V případě nedostatečné spolupráce v léčbě má terapeutický tým právo odstoupit z terapie a pacienta předčasně propustit. To platí i v případě, jeví – li se motivace k léčbě jako jiná než terapeutická. Tyto kroky korespondují s léčebnou filosofií, která hlásá dobrovolnost léčby, snahu terapeutů akceptovat u pacienta stadium jeho motivace a přístup, že každý má právo se o svém životě sám svobodně rozhodnout. Když se pacient rozhodne léčbu sám ukončit, v odchodu mu není bráněno. Pokud později projeví o léčbu znovu zájem, další příjem není možný dříve než po třech měsících, z důvodu obměnění komunity, kterou se tím snaží toho opatření chránit (Dvořáček, 2016).

V léčebně je za určitých okolností dovoleno užívat tabákové výrobky, ve stanovený čas, na určeném místě nebo do maximálního domluveného počtu cigaret. Program léčby se tak snaží nenásilnou cestou vést pacienty k nižší spotřebě. Není však jasné, zda v tomto případě existuje nějaký systém kontroly nebo zda terapeuti nechávají odpovědnost na pacientech, což se jeví jako příhodnější, v souladu s léčebnou filosofií (Dvořáček, 2016).

### 3.4.1. Stupně léčby

Standardní kompletní odvykací program má několik fází. Každá obsahuje výzvy a cíle, kterých mají pacienti dosáhnout. Po jejich splnění je možné řešit přesun do fáze vyšší. Nejedná se o automatický postup. Vzhledem k částečně individuálně nastavenému programu se po skončení jedné fáze pacient s terapeutou a komunitou rozhoduje, co nového by mu další fáze přinesla a jaký by pro něj měla smysl (Dvořáček, 2016). Pokud ale pacient ukončí léčbu dříve než na konci poslední fáze, nejedná se již o standardní kompletní odvykací program, i když v dokumentech má léčbu řádně dokončenu.

#### 0. Fáze

Po přijetí jsou pacienti umístěni na oddělení 3D, které částečně funguje jako detoxifikační jednotka. Pobyt zde slouží i k celkové fyzické a duševní stabilizaci. Pacienti začínají společně s terapeutem pracovat na zmapování svých potřeb a možností, zvažují, jakou formu léčby zvolí, co pro ně bude nejlepší. Někteří se rozhodnou dále pokračovat v ambulantní léčbě, jiní odchází do terapeutických komunit. Oddělení 3D je, z hlediska bezpečnosti stávajících pacientů, možno chápat i jako vstupní filtr, sloužící k včasnému odhalení zavlčení drogy do léčebny (Dvořáček, 2016).

Ti, kteří zvolí ústavní léčbu v Červeném Dvoře s komplexním odvykacím programem, jsou po ukončení léčby na 3D rozmístěni na oddělení A, B nebo C. To ale také neprobíhá automaticky, nejprve je třeba zhodnotit, jak pacienti spolupracují a jaký je jejich zdravotní stav, aby měl program na terapeutických odděleních smysl (Dvořáček, 2016).

#### 1. Fáze

Po přechodu na jedno ze jmenovaných oddělení si nově příchozí zvykají na komunitu, léčebný režim a program. První fázi se přezdívá i fáze adaptační a stabilizační, trvá od čtyř do dvanácti týdnů (Dvořáček, 2016). Díky většímu časovému rozpětí nejsou pacienti tak stresováni a mohou se sami podle vlastního tempa adaptovat. Počáteční nároky jsou nižší, aby měli pacienti prostor změnu přijmout a více se stabilizovat po všech stránkách. Začínají se orientovat v léčbě. Postupně si připouští své problémy a uvědomují si podíl závislosti na jejich objemu.

Styk s vnějším světem mají zatím omezen, nemohou se sami pohybovat mimo areál léčebny, ani jezdit na víkendy pryč. Návštěvy jsou možné po měsíčním pobytu v léčebně. Pacienti si ujasňují dlouhodobé cíle své léčby, při čemž jim pomáhají terapeuti. Když jim program léčby nedělá větší obtíže, jsou ve fázi aktivní změny, spolupracují v terapii a komunita souhlasí, mohou po splnění cílů pokračovat do další fáze. Pokud se terapeuti nebo pacienti rozhodnou

dále v terapii nepokračovat, je jejich léčbě ukončena jako stabilizační pobyt (Dvořáček, 2016). Na těchto krocích je rovněž možné identifikovat teorii motivačních rozhovorů<sup>13</sup>.

## 2. Fáze

Pacienti jsou v komunitě dobře začlenění, pracují na skupinách a podílí se na chodu léčebny. V terapii hledají cesty k řešení potíží a komplikací vzniklých v důsledku užívání drog. Začínají navazovat kontakty se svými blízkými formou pravidelných návštěv a propustek. Na samostatné propustky mohou jezdit nejdříve od osmého týdne pobytu v léčbě a po postupu do její druhé fáze. Před postupem do druhé fáze se jedná výjimky v naléhavých případech. Propustky však nejsou automaticky dané ani po uplynutí potřebné doby a postupu, nárok na ně je dále podmíněn zdravotním stavem, spoluprací v terapii, počtem nasbíraných bodů a v neposlední řadě plánem propustky s ohledem na jeho rizikovost a promyšlenost (Dvořáček, 2016).

Opustit areál léčebny v rámci propustky není možné na déle než tři dny. Ke konci první fáze jsou vedeni k promýšlení vlastní budoucnosti. Orientují se na praktické záležitosti, jako vytvoření bezpečné zázemí a plánují další kroky v budoucím životě, na kterých se bude zakládat jejich abstinence. Rozmýšlí se nad vhodným doléčovacím programem, orientují se v jeho možnostech, aktivně podnikají kroky k jeho zajištění (Dvořáček, 2016).

---

<sup>13</sup> Viz část 4.4.3.

## **4. Psychiatrická nemocnice Bohnice, oddělení AT 35**

### **4.1. Historie**

Pavilon 35 slouží pro léčbu závislosti od roku 1986, kdy byl s kapacitou 35 lůžek otevřen pro osoby s alkoholismem. Původně byl postavený jako infekční oddělení, později sloužil jako ubytovna pro zdravotní sestry. V období let 1973 až 1989 se ústav protýkal se zvyšující se potřebou lůžek, měnila se i skladba pacientů, zejména se zvyšovalo procento závislých na alkoholu a návykových látkách. Zmínka o léčbě alkoholismu zde ale existuje např. i z roku 1937, kdy se odvykání urychlovalo apomorfínem. Od roku 1991 do roku 2017 vedl primariát mužského oddělení závislostí MUDr. Karel Nešpor, CSc., který zde dnes působí jako emeritní primář (Tichý, n.d.). V jeho původní funkci ho zastoupila MUDr. Hana Karbanová.

### **4.2. Léčebná filosofie**

Cílem léčby je důsledná abstinence. Předmětem léčby je pacientovo chování a prožívání. Po pacientovi se hned po nástupu do léčby žádá, aby abstinence od všech návykových látek byla i jeho primárním cílem, není zde prostor k diskuzi a k rozmyšlení. Kdo není hned na začátku motivován k úplné abstinovat, není do léčebného programu vhodným adeptem (Zárybnická & Nešpor, 2015).

Individuální cíle musí zpočátku ustoupit, nyní zde je jen jediný cíl shodný pro všechny. Pokud se chce pacient do léčby rychle zapojit, musí přestat uvažovat v individuální rovině a přijmout programem nastavená pravidla a režim. Tím se značně aktivizuje ke spolupráci. Je veden k přebírání zodpovědnosti nejen za sebe a svou závislosti, ale i za komunitu. Celkový terapeutický přístup programu, podle psycholožky oddělení, integruje (sestupně):

- Apolinářský model
- Behaviorální přístup
- Psychodynamické přístupy
- Gestalt terapii

#### 4.2.1. Apolinářský model a behaviorální přístup

Z apolinářského modelu<sup>14</sup>, který velmi úzce souvisí s behaviorálními přístupy<sup>15</sup>, se v programu objevují především následující prvky:

- Složení terapeutického týmu, kde je větší část zdravotních sester
- Některé komunitní aktivity, jako volná tribuna apod.
- Důraz na fyzické aktivity, včetně ranních rozvíček a běhu
- Přísnost režimu
- Písemné zpracovávání elaborátů, psaní poznámek z přednášek, povinná literatura

#### 4.2.2. Psychodynamické přístupy

Psychodynamické přístupy jsou uznávanou modifikací aplikované psychoanalýzy. Hranice mezi nimi jsou často nejasné. V psychoterapii zřetelně vnímají interpersonální charakter problémů, pracují s intrasubjektivním nevědomím, přikládají význam přenosovým i protipřenosovým rozměrům terapeutického vztahu, zaměřují se na adaptivní změnu (Kalina, 2013).

Na oddělení léčby závislostí v PNB se aktuálně uplatňuje krátkodobá individuální psychodynamická psychoterapie, jejímž cílem je nastartovat u pacienta změnu. V této souvislosti hovoříme o ohniskových terapiích, jelikož při sezeních je nutná rychlá volba ohniska a aktivní terapeutické jednání (Kalina, 2013). Jde o psychodynamickou formulaci stěžejních a aktuálně přístupných klientových problémů s duševním zdravím. Aplikace této formy terapie je vhodnější pro pacienty, kteří jsou již v období stabilizace a pokročilejší úzdravy, tedy ve vyšších stupních léčby (Kalina, 2013).

Integrace psychodynamických a behaviorálních přístupů může mít v léčbě závislostí potenciál. Dle Kaliny a Hajného (2015) mají tyto přístupy několik rysů společných. Oba připisují význam procesu zvědomování nevědomých nebo neuvědomovaných obsahů v terapii a oba přístupy si kladou za cíl nastartovat proces změny, který může pokračovat i po ukončení terapie. U pacienta se snaží posílit sebedůvěru a kompetentnost.

#### 4.2.3. Gestalt terapie

Jedná se o poměrně direktivní přístup, s důrazem na emoce. Charakteristické je používání zvláštní metody rozhovoru kombinovaného s hraním rolí. Nejdůležitějším ohniskem terapie je zkušenost přítomného okamžiku. Terapie vychází z toho, že každý z nás je zachycen ve

---

<sup>14</sup> Viz část 2.2.4.

<sup>15</sup> Viz část 2.2.10.

vztahové síti a sebepoznání je možné jen na pozadí našich vztahů. Akci chápe jako stejně důležitý nástroj terapie, jako je rozhovor. Základní psychoterapeutickou metodou je experiment v mezilidské situaci, na úrovni bezprostřední zkušenosti „tady a teď“. Experiment vytváří zkušenost, ze které se klient může něco naučit (Kalina, 2013). V PNB se Gestalt terapie využívá hlavně při skupinových sezeních, s využitím technik volných židlí.

### 4.3. Prezentace na internetu

Stránky PNB obsahují dostatek informací o komplexním areálu nemocnice. Jsou dobře strukturované, i když konkrétně oddělení 35 bylo obtížnější hned dohledat. Jmenované oddělení na stránkách nabízí komplexní tříměsíční léčbu závislostí na alkoholu, drogách, lécích, patologického hráčství či jiných nelátkových závislostí. Zájemce o léčbu informuje hned v prvních větách, že se nezaměřuje na kontrolované užívání NL. Naopak sděluje, že velký důraz klade na zajištění bezdrogového a bezalkoholového prostředí, ve kterém probíhá léčba v přátelské atmosféře. Další popis „přátelské atmosféry“ chybí. Oddělení vyžaduje respektování společenských norem chování, bez projevů jakékoliv agrese a rasismu, s důrazem na osobní zodpovědnost, otevřenou komunikaci, pravdivost a sebekázeň. Dále je zde rozepsáno, jak je možné se na oddělení dostat, nutné je jít přes detox, jak léčba probíhá, jaké je složení terapeutického týmu<sup>16</sup>, s čím mohou pacienti počítat. Jsou informováni, že v průběhu pobytu získávají náhled na svou závislost, prohlubují si a udržují motivaci k abstinenci od návykových látek či procesů, jsou edukováni, získávají kompetence ke zvládání pobytu v nechráněném prostředí a k udržení abstinence. Po skončení hospitalizace je jim nabídnuto doléčování, které má oddělení dobře propracované

Popis programu upozorňuje, že nedílnou součástí léčby je dobrovolné omezení kontaktu s okolím, které má léčebný význam a se kterým pacienti musí souhlasit. Dobrovolnost je v tomto případě dost zavádějící pojem. Pokud pacienti na léčbu chtějí, nemají na výběr. Na počátku léčby odevzdají své mobilní telefony, které jsou jim vydávány jen pro potřebu telefonování. Počet telefonátů je regulovaný, není přístup na internet, návštěvy jsou omezené, pacienti nemají možnost volně chodit do areálu nemocnice a nemají možnost chodit na vycházky mimo areál. I když se uvedená omezení v průběhu léčby zmírňují tak, jak pacient postupuje do vyšších fází léčby, informace o zákazech a omezeních dojem z přátelské atmosféry oddělení trochu kazí. Jak již bylo uvedeno, léčebný program počítá pouze s motivovanými klienty, kde však mohou motivaci k léčbě získat není na stránkách uvedeno, chybí odkazy nebo informace. Nabízí se myšlenka, že i sebevíce motivovaný klient ztratí po přečtení uvedených omezení, která ho čekají, odvahu.

---

<sup>16</sup> O pacienty pečují multidisciplinární týmy složené z lékařů, psychologů, psychoterapeutů, adiktologů, sociálních pracovníků, středního zdravotnického a ošetrovatelského personálu. Největší zastoupení mají v týmu zdravotní sestry, což z uvedeného výčtu není na první pohled patrné.

Některé psychoterapeutické aktivity zajišťují psychoterapeuti a peer terapeuti, kteří jsou bývalými úspěšnými absolventy s prokázanou dlouholetou abstinencí. Oddělení informuje, že spolupracujeme s organizacemi Anonymních alkoholiků, Anonymních gamblerů a Anonymních narkomanů. Aktivity v léčbě, které jsou nabízeny zahrnují i výuku asertivity, jógu, hagioterapii, hipoterapii, sportovní vyžití a v neposlední řadě spolupráci s rodinou ve formě rodinné terapie či formou edukativní v rámci přednášek. Informace o uvedených aktivitách nejsou více rozepsány, což je spíše na škodu, protože pro léčbu závislosti v PNB jsou důležité. Nemocnice svou lokalitou a velikostí umožňuje praktikovat takové programy, které v jiných institucích nejsou, např. zmiňované setkávání AA, AG či AN. Rovněž rodinná terapie není v ústavní léčbě závislostí samozřejmostí a pro pacienty je velkou výhodou, když ji zde mohou absolvovat. Oddělení by se ve svém popisu mohlo více soustředit na ty aktivity, které může nabídnout a které jsou pro léčbu závislosti přínosné.

#### **4.4. Léčebný řád**

Podmínkou pro přijetí do programu kompletní střednědobé léčby na oddělení je takový fyzický a psychický stav, který dovoluje pacientovi účast na celém programu (Oddělení 35, n.d.). Vhodnost pacientů k léčbě je posuzována podle následujících kritérií:

- Pacient souhlasí se základní tříměsíční léčbou;
- Nemá akutní abstinenční syndrom ani psychotický stav;
- Je ochotný podrobit se režimu oddělení, zapojit se do programu a dodržovat abstinenci, nepoužívat násilí (Oddělení 35, n.d.).

V uvedeném výčtu chybí již zmiňovaná motivace pacienta, která není to samé jako ochota se přizpůsobit. Při rozhodování o přijetí mají přednost ti pacienti, u kterých se jedná o první léčbu nebo kteří jsou spolupracující, tzn. že předchozí léčbu ukončili řádně. Na oddělení 35 mohou být pacienti k léčbě přijati pouze třikrát, jelikož jejím smyslem je poskytnout kvalitní léčbu pro motivované. Pokud o přijetí žádá pacient, který již limit vyčerpal, jeho příjem není z provozních důvodů možný. Tyto provozní důvody nejsou dále rozváděny. Pacient, který se chce na oddělení léčit, musí mít silnou motivaci k abstinenci ještě předtím, než na oddělení nastoupí a k této motivaci má jen „tři pokusy“. Navíc, pokud první léčbu neskončí řádně, ať už z jakéhokoli důvodu, je označen jako nespolečující. V tomto ohledu má oddělení na své závislé pacienty dost náročné požadavky.

Oddělení dále nabízí opakovací léčbu buď ambulantní (stacionární) formou nebo na lůžku, po domluvě s primářem. Opakovací léčba je programem chápána jako nejlepší prostředek pro posílení abstinence. Podmínkou přijetí k ní je řádné ukončení základní léčby. Cílem je

připomenutí si důvodů k abstinenci i odpočinek od života venku. Její standardní doba je jeden až dva týdny. Kromě opakovací léčby mohou v těchto dvou týdnech bývalí a úspěšní absolventi využít tzv. „první pomoc“ při relapsu, ale při příjmu musí mít negativní dechovou zkoušku. Pokud s jedná o recidivu, po dohodě s týmem je třeba nastoupit novou léčbu (Oddělení 35, n.d.). Formu stacionární opakovací léčby patrně využívají spíše pacienti bydlící v dostupné vzdálenosti, přesto se tento typ doléčování jeví jako velmi přínosný. Mohl by být i ve vyšší frekvenci, než je opakovací léčba na lůžku. Možnost „první pomoci“ působí logicky už jen proto, že závislost je popisována jako chronické recidivující onemocnění, tudíž by taková péče neměla být výjimkou. Je otázka, jak tento prvek funguje v praxi, zda např. nehrozí, že budou pacienti po relapsu odmítnuti kvůli nedostatku lůžek. Pokud by však oddělení mělo nějaká lůžka pro tyto případy „v pohotovosti“, nemusel by to být problém.

Léčebný řád je rozdělený na psanou a nepsanou část. Psaná část obsahuje charakteristiku léčby, léčebnou dohodu, kterou pacient stvrzuje odpisem, práva a povinnosti pacientů a denní program. Všechny podklady mají pacienti k dispozici na nástěnce. Nepsaná část obsahuje provozní informace, podrobná pravidla, chod oddělení a stupně léčby. Je uváděno, že nepsaná část řádu je významnou součástí léčby, jelikož zahrnuje nutnost pacientů spolu komunikovat, ukazuje běžné fungování v jejich společnosti a aktivuje k nutnosti zajímat se o léčbu. Jak ale k této problematice uvedla psycholožka oddělení, běžný život zde se neodvíjí podle toho, co je napsané, ale skutečně podle toho, co je na oddělení obecným zvykem, co si kdo pamatuje nebo co si ústně předá. Tato nepsaná část pak může být i v rozporu s tou psanou, výsledkem je nepřehlednost a zmatek.

#### **4.4.1. Pravidla léčby**

Nedodržování pravidel je hodnoceno přestupky. Nejedná se však o bodový systém, ten na oddělení není. Od stupně P1 do ukončení léčby může mít pacient maximálně 3 přestupky. Pokud má více jak 3 přestupky, je sesazen zpět do základního stupně P0 a hrozí mu až propuštění (Oddělení 35, n.d.). Dle psycholožky oddělení ale v praxi tento proces nefunguje, jelikož nikdo z personálu není schopen přestupky uhlídat a nepamatuje si přesné znění souvisejících pravidel. Přestupků tedy pacient reálně může obdržet víc než tři bez toho, aniž by nastalo něco z výše uvedeného, nicméně pokud se jedná o někoho, kdo dostává přestupky opakovaně, tým začne jeho setrvání v léčbě řešit, jelikož jeho problém je evidentní. Systém přestupků tak, jak byl představen, vytváří chaos a působí proti hlavním terapeutickým zásadám.

Nedodržování pravidel řád definuje jako neplnění povinností, držení nepovolených předmětů a porušení léčebné dohody, kterou pacient podepisuje při příjmu. Za porušení pravidel je dle řádu dále považováno nepovolené vzdálení se z oddělení, překročení doby



návštěv, neohlášení návštěv, půjčování věcí a peněz a návštěvy na pokoji bez přítomnosti domácího (Oddělení 35, n.d.).

Neplněním povinností a nároků léčby se rozumí pozdní příchod na program, neúčast na programu, nesplnění úkolu (deník, elaborát), neplnění úkolu v rámci pracovní terapie, neplnění funkce, neuposlechnutí pokynu personálu, odbočení z trasy na vycházce, nesportovní oděv na sport, nesplněný rozsah elaborátu, příchod na jógu v nevhodném oblečení, pozdní odevzdání deníku, přihlášení se zároveň na více programů najednou (např. individuální pohovor a biblioterapie nebo asertivita) a pozdní nahlášení lékaře a psychiatra (Oddělení 35, n.d.).

Některé příkazy vyznívají až nesmyslně, např. vhodné oblečení. To lze spíš doporučit než nařizovat řádem. Když je obecně někomu něco nařizováno a dotyčný de facto nemůže odmítnout, je mu odebrána možnost volby, což znamená zodpovědnost. Tu se ale program snaží zároveň naučit, což rovněž vyznívá jako paradox.

Řád dále uvádí, že za závažné přestupky, které vedou k propuštění z léčby, je považována agrese (verbální, fyzická), sexuální vztahy, útěk, šikana, porušení abstinence a zavlčení drog na oddělení (Oddělení 35, n.d.). V takovém případě je možné propuštění už po jednom přestupku. V řádu je také napsáno, že v případě porušení režimu a recidivy je na rozhodnutí terapeutického týmu, jaká intervence a řešení nastane. Přitom řešením by se měla zabývat celá komunita. Při porušení režimu se rozhoduje podle míry závažnosti a četnosti. Příkladem terapeutické intervence dle personálu je dát pacientovi za úkol sepsat elaborát, provést 3 aktivity a zkrátit mu dobu propustky (Oddělení 35, n.d.).

V řádu oddělení je porušení režimu a recidiva, dáváno do jedné souvislosti, jako by oboje mělo stejnou váhu. V lékařském prostředí se význam slova recidiva překládá jako návrat k nemoci, která již byla vyléčena nebo u které již vymizely příznaky. Je zvláštní, že ve zdravotnickém zařízení, na oddělení závislostí, je s tímto slovem nevhodně zacházeno. Vyznívá to tak, že když má pacient recidivu, čímž poruší základní pravidlo léčby, dostane sepsat elaborát, 3 úkoly a může jít na kratší dobu ven. Hned v dalších řádcích řádu je přitom uvedeno, že dojde-li k porušení abstinence, od pacienta se očekává, že porušení pravidla sám přizná ještě před dechovou zkouškou, odběrem moči nebo dalším testováním. Tím dá komunitě najevo, že chce svou situaci řešit a podle toho je s ním zacházeno (Oddělení 35, n.d.). Jak, to není uvedeno. Zároveň není uvedeno, proč má něco dokazovat komunitě, když o jeho osudu rozhoduje personál. Pokud se pacient nepřizná a porušení abstinence vyjde najevo, znamená to pro něj ukončení léčby, případně může být výjimečně poskytnuta možnost přechodu zpět na detoxifikační oddělení. Recidiva je tím pádem v řádu oddělení chápána jako menší problém než porušení abstinence. Oddělení se snaží závislé pacienty

naučit disciplíně, struktuře, zodpovědnosti, a přitom v tak základním bodě, jako jsou pravidla a sankce je samo nepřehledné a nesrozumitelné.

#### 4.4.2. Další pravidla k provozu oddělení

Jsou zde uváděna především proto, aby bylo možné udělat si komplexní obrázek o tom, jak oddělení funguje a jak se svými pacienty komunikuje. Pro přehlednost jsou seřazena do jednotlivých bodů. Pravidla, která jsou dále komentována, jsou označena kurzívou.

- Pacienti vedení jako gambleři u sebe smějí mít 200Kč, ostatní pacienti 500 Kč, vyšší částky jsou dovoleny jen po domluvě s týmem;
- Boty si pacienti nechávají v botníku, jejich odnášení na pokoj není dovoleno;
- *Po vyhlášení podávání jídla jsou pacienti povinni dostavit se k okénku, a to i v případě, že o jídlo nemají zájem.* Pravidlo, které z mého pohledu nedává smysl nebo alespoň není dostatečně vysvětleno. Nerozumím, co má pacient u okénka dělat, zda si převzít jídlo, které nechce nebo zda to říci personálu;
- Koupelna se otevírá se v 6:30, zavírá se v 21:30 hodin, po odchodu musí zůstat čistá a se zavřenými dveřmi;
- Toalety musí pacienti udržovat v čistotě, zavírat dveře, před otevřením kabinky nejprve zaklepat.
- Stolní tenis se smí hrát na chodbě v době po programu po 16. hodině a mimo návštěvy, poslední hráči uklízí stůl;
- Léky se vydávají v 7:45, 12:30 a 19:30 hodin;
- Noční klid trvá ve všední den od 22:00 do 6:30 hodin, v pátek a sobotu od 24:00 do 7:00 hodin, v době večerky musí být na pokojích zhasnuto a pacienti se chovají tiše. Prodlužování „večerky“ je pouze z důvodů TV, a to vždy po schválení týmem;
- *Neúčast na programu musí být předem omluvena pacientem u personálu oddělení, při samotném programu musí být nahlášena spolupacientem, který je za program zodpovědný (předseda, důvěrník).* Nerozumím, proč o neúčasti pacienta nemůže informovat rovnou jiný spolupacient, který se o tom dozví. Musí to říci předsedovi a ten personálu? V řádu chybí vysvětlení;
- Na pracovní terapii a na programy mimo pavilon 35 se chodí ve skupině (3 a více pohromadě). Výjimka je možná u hippoterapie a odchodu na pracovní terapii, kde mohou jít pacienti po dvou.
- V posteli se je přes den zakázáno ležet a to do 16 hodin;
- *Sledovat televizi v jídelně musí nejméně 3 osoby, po 16. hodině po programu, a to jen pokud zde nejsou přítomny návštěvy.* Proč se smí TV sledovat od tří osob výše? Opět v řádu není nijak vysvětleno;
- Návštěva psů na zahradě je omezena na menší psi, kteří nebudou nikoho napadat, na oddělení nesmí. V rámci pavilonu a zahrady je dále zakázáno chodit bos, *opalovat se, válet se v trávě* (na dece i bez, s návštěvou i bez, nosit na nátělník nebo chodit pouze ve spodním prádle (a to i když je to pouze na WC). Co pro řád znamená se opalovat, není uvedeno. Je to chodit v plavkách nebo si sednout na lavičku a nastavit obličej sluníčku? Proč si pacient nemůže lehnout do trávy, komu tím škodí? Tyto otázky mě v souvislosti s pravidly napadají a odpověď mi nedá ani řád, ani personál (Oddělení 35, n.d.).

#### 4.4.3. Stupně léčby

Jsou označeny písmenem „P“ a k tomu příslušným číslem. Každý stupeň má svoje náležitosti, svůj smysl a nároky. Pacientům jsou postupně přidávána práva a zároveň se zvyšuje zátěž na ně. Do léčebných programů jsou pacienti zařazováni na volné tribuně<sup>17</sup> na základě své žádosti. K té se vyjadřují všichni členové komunity (pacienti i terapeutický tým). Konečné rozhodnutí dělá vedoucí lékař (pokud není přítomen, tak ten, kdo vede volnou tribunu z personálu), k přestupu se vyslovují všichni přítomní členové týmu. K postupu do P1 se vyjadřuje patron<sup>18</sup> pacienta a pak komunita, při postupu do P2 předseda, důvěrník skupiny a poté komunita. Hlasuje se pouze o kontraktu<sup>19</sup>, nutný je souhlas nadpoloviční většiny přítomných pacientů.

- Stupeň P0

Slouží k postupné adaptaci nově příchozích na režim a pacienti jsou do tohoto programu zařazeni při nástupu na oddělení. Prochází ještě diagnostickým procesem, zkouší se zapojit do terapie. Se svolením sestry mohou před pavilon až k hlavní cestě, ale ne na ní (mohou využívat zahradu). Mají – li návštěvu, musí s ní být na pavilonu nebo před ním. Se svolením sestry mohou v doprovodu pacienta z vyššího stupně léčby na hřiště. Přestupky se jim zatím nepočítají, jsou jim tolerovány, nicméně jsou na ně upozorňováni. V případě nutnosti je možné zadat nějakou terapeutickou intervenci navíc. Pacienti v P0 nemají nárok na víkendové propustky, výjimku tvoří existenční propustky pouze v doprovodu rodinného příslušníka, pokud ji schválí lékař. V pracovní terapii se věnují jen úklidu na oddělení, autogenní trénink mohou využívat plně (Oddělení 35, n.d.). Při žádání o postup do vyššího programu P1 musí pacienti splňovat podmínky předchozího stupně a být připraveni na zvýšení zátěže v další fázi léčby. Musí mít vyplněné testy a napsaný životopis podle osnovy, ten musí odevzdat nejpozději 8. den od vstupu na pavilon na ranní komunitě.

Konkrétní žádost musí být vyslovena následovně: „Žádám o přeřazení z léčebného programu P0 do léčebného programu P1, testy a životopis jsem odevzdal v pořádku a včas, s řády pavilonu 35 jsem se seznámil a dodržuji je a jsem týden bez přestupků. Můj kontrakt zní: ...“ Pokud dojde k nějakým nesrovnalostem, může se stát, že je schválený jen kontrakt, a ne postup nebo opačně. Kontrakt schvaluje rovněž též celá komunita. Pacient ho musí mít ten den napsaný v deníku, aby ho tam terapeuti druhý den ráno viděli. Pokud žadatel o přestup něco z toho nesplní, žádost se ruší. Znění kontraktu má být 3-5 minut dlouhé (Oddělení 35, n.d.).

---

<sup>17</sup> Program vycházející z apolinářského přístupu.

<sup>18</sup> Patron je přidělen každému při příchodu na oddělení a provází jej prvním stupněm léčby.

<sup>19</sup> Kontrakt si píše sám pacient, shrnuje, co se v léčbě naučil a stanovuje si další cíle, které chce splnit, hovoří o svých rezervách a dalších krocích.

- Stupeň P1

Jedná se o hlavní stupeň v léčbě. Pacienti se účastní pracovní terapie, mohou chodit telefonovat k automatu mimo pavilon, ale jen do 17:30 hodin a mimo program. Odchod a příchod musí oznámit sestře. O telefonát žádají na komunitě, ale nemusí udávat jeho důvod, pouze informují o osobě, které budou volat. Na oddělení mají přiděleny rajóny, které si hlídají. Mohou se účastnit nepovinných programů mimo pavilon 35, např. biblioterapie, hipoterapie nebo bohoslužby. Po 14 dnech ve stupni P1 mají nárok na jednodenní víkendovou propustku, následující vždy po dalších 14 dnech (Oddělení 35, n.d.).

Pacienti v P1 přebírají alespoň jednu funkci v komunitě, ve které se střídají. Stávají se patrony nově příchozím. Mohou žádat o postup do nepovinného programu P2, a to po absolvování a uzavření rodinné terapie. V takovém případě musí mít funkci alespoň jeden týden, být týden bez přestupků a mít po první víkendové propustce.

O postup do P2 se žádá na volné tribuně, zněním: „Žádám o převedení z léčebného programu P1 do P2, rodinnou terapii mám uzavřenou, víkendovou propustku v P1 jsem absolvoval, v určité funkci jsem byl minimálně 1 týden a jsem týden bez přestupků.“ Postup je schválen, pokud jsou splněny 4 požadavky. Uzavřená rodinná terapie, víkendová propustka, minimálně týden funkce a týden bez přestupku (Oddělení 35, n.d.).

- Stupeň P2

Oddělení uvádí, že jeho smyslem je motivace k postupu v terapii. Pacienti prošli určitou změnou, dále na sobě pracují a pomáhají ostatním. Jsou považováni za tahouny komunity, nositeli smyslu léčby. Dodržují pravidla a motivují druhé k jejich dodržování.

Minimálně jednou týdně mají povinnost absolvovat doléčovací aktivitu, např. AA, doléčovací skupinu na oddělení 31 apod. Ve stupni P2 mají pacienti ihned nárok na víkendovou propustku a účast na všech programech (Oddělení 35, n.d.).

- Stupeň P3

Je definován jako „stacionář“, pacienti se připravují na život venku. Jedná se o závěrečnou část léčby. Postupová formule zní: „Dnešním dnem oznamuji nástup do stacionáře, víkendovou propustku v programu P1 jsem absolvoval, povinnou literaturu jsem přečetl a formulku pro autogenní trénink mám zapsanou v deníku (ukáže členům týmu), praktického lékaře a psychiatra oznamuji ihned (uvede), nebo oznámím v průběhu stacionáře a žádám o přezkoušení ze 13 způsobů odmítání<sup>20</sup>. Stacionář je buď udělen, nebo je žádost posunuta na dobu, kdy bude dle komunity a personálu pacient lépe připraven. Během pobytu ve stacionáři musí pacienti alespoň tři krát týdně navštívit doléčovací aktivitu (Oddělení 35, n.d.).

---

<sup>20</sup> Zkouška odmítání probíhá formou scénky, nebo formou otázek a odpovědí, či jmenováním způsobů odmítání.

## Shrnutí

V předchozích kapitolách byla popsána jednotlivá oddělení závislostí, jejichž respondenti se účastnili výzkumu. Popis byl rozdělen na čtyři části. První část se zabývala historií jednotlivých oddělení. Všechny instituce se začaly léčbou závislosti zabývat přibližně ve stejnou dobu, a to v 60. letech 20. století. Historie S7 a AT 35 se značně mísí s dějinami PNK a PNB obecně. Samotné oddělení S7 pak pochází z 90. let a AT 35 z 80. let minulého století. PLČD se zabývalo samotnou léčbou závislosti již od svého počátku. Rozdělení na oddělení A, B a C tak, jak fungují dnes, pochází z roku 2001.

Druhá část mapovala, jak se oddělení prezentují na svých internetových stránkách, s důrazem na informace, jaké oddělení poskytuje a jak popisuje nabízenou léčbu. U S7 a odd. 35 opět bylo znát, že jsou součástí větší instituce, která se zabývá i jiným typem pacientů a poskytuje primárně jiný sortiment služeb než léčbu závislosti. V PNK je rozdíl v jednotlivých odděleních a vzhledem jejich internetových stránek. Některá jsou propracovaná více, jiná méně, S7 je kdesi v průměru. Základní informace k léčbě, jako je její délka, typ programu, možnost objednání, lokace apod. stránky obsahují, ale další informace o průběhu léčby a terapii chybí. Zajímavý je nápad umístit na stránky fotografie oddělení, provedení však není dobré. Fotky nezachycují nic důležitého, kde pacienti tráví čas, např. pokoje nebo terapeutické místnosti. U odd. 35 v PNB sice fotografie nejsou žádné, ale zato je zde ke stažení léčebný řád, který případným zájemcům o léčbu popisuje, co po nich bude vyžadováno a čím se budou řídit. Informace, které by ozřejmily smysl a terapeutický přínos těchto povinností chybí, tudíž z takového sdělení může ambivalentní závislý dostat spíš strach. Stránky PLČD jsou zpracované detailněji, více pro klienty, přístupněji. Je to jistě dané i tím, že léčebna neposkytuje péči jiným osobám, než které mají primárně problém se závislostí, tudíž má velký prostor na jedno téma.

Cílem třetí části bylo popsat, z jaké filosofie každé oddělení ve svém terapeutickém přístupu vychází. Jedná se vždy o soubor několika teoretických modelů tak, jak je charakterizovali zaměstnanci. V PNK to byl primář oddělení závislostí, v PLČD primář a ředitel léčebny a v PNB psycholožka na oddělení závislostí. Přístup, na kterém se všichni nezávisle na sobě shodli, vychází z apolinářského modelu (AM). Někde se jeho prvky objevují více, někde méně. Jelikož AM v něčem vychází z přístupu terapeutických komunit pro závislé (Dvořáček, 2003) lze říci, že i tento vliv je na všech odděleních znát. Další směr, ze kterého AM čerpal, byl behaviorismus (Kalina, 2013) tudíž i tento prvek lze považovat za společný. AM se na všech odděleních projevuje strukturovaným programem, léčebnou komunitou, režimem a pravidly, personálním složením s převahou středního zdravotnického personálu, důrazem na skupinovou psychoterapii, posilovacími pobyty bývalých pacientů a vedením pacientů ke sportu. S7 v PNK integruje prvky z AM s KBT, odd. 35 v PNB zase s psychodynamickými a gestalt přístupy. V obou případech se tyto další směry projevují

spíše ve skupinové a individuální psychoterapii. V PLČD se kromě prvků AM uplatňuje humanismus a taoismus a spíše než v samotné terapii, je tyto vlivy znát v komplexním terapeutickém přístupu, usilujícím o větší individualitu, práci s motivací a odpovědností.

Čtvrtá část měla představit léčebný řád na každém oddělení. Množství informací, které bylo možné použít, bylo ovlivněno přístupem každé instituce. Na S7 nebyl problém interní materiály použít, proto obsah této kapitoly je podrobnější. V PLČD a PNB bylo třeba čerpat jen z materiálů, které jsou veřejně přístupné a v případě nejasností byly doplněny poznámkami od již zmíněných představitelů oddělení. Kvalitu jednotlivých léčebných řádů mezi sebou proto nelze příliš hodnotit. Z toho, co bylo pro práci uvolněno je ale evidentní, že nejvíce rozporů v řádu lze nalézt na odd. 35 v PNB, z důvodu přítomnosti psané a nepsané části řádu, která je z větší části předávána pouze ústně a tudíž nepřesně.

## II. Praktická část

### 5. Metodologie

#### 5.1. Výzkumný cíl

V práci jsem se zaměřila na střednědobou ústavní léčbu závislostí v České republice, s cílem popsat nastavený program léčby na oddělení závislostí vybraných psychiatrických nemocnic v souvislosti s jeho subjektivním vnímáním ze strany pacientů. Cílem práce je dále zmapovat, jaké prvky z programu léčebným osobám vyhovují nebo nevyhovují a z jakého důvodu. Výzkum proběhl ve třech institucích, Psychiatrické nemocnici Kosmonosy, Psychiatrické nemocnici Bohnice a Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

##### 5.1.1. Zdůvodnění výběru institucí

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy (PNK) byla první volbou, jelikož mé působení v ní, na oddělení S7, pro mě bylo inspirací k sepsání této práce. Její téma určila znalost místního léčebného programu a znalost reakcí pacientů na něj, kteří se mi během své léčby svěřovali, s čím v programu nesouhlasí či co jim schází. Od primáře oddělení S7 v PNK jsem měla plnou podporu i souhlas s výzkumem. Zároveň mi bylo dovoleno využít veškerý dostupný materiál. Kromě toho, jak skutečně program oddělení S7 působí na pacienty, mě zajímalo, jak jsou na tom jiné nemocnice s programem střednědobé ústavní léčby a řešila jsem, které oslovím. Vycházela jsem z předpokladu, že psychiatrické nemocnice, jako státní zdravotnická zařízení, podléhají přísným pravidlům ohledně provedení výzkumu a ohledně předávání informací třetím stranám.

V době, kdy jsem nemocnice vybírala, se někteří kolegové z oddělení detoxu v PNK vrátili z exkurze v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr (PLČD) a místní program je velmi oslovil. Zaujalo mě, jak o něm hovořili a využila jsem toho, že jméno PNK je v PLČD aktuálně v paměti. Oslovila jsem po emailu její vedení, konkrétně ředitele a primáře MUDr. Jiřího Dvořáčka. Odepsal mi v řádu hodin a výzkum v léčebně ihned povolil, což mě utvrdilo, že mé rozhodnutí bylo správné.

Výběr třetí Psychiatrické nemocnice Bohnice (PNB) se odehrál rovněž na základě informací kolegyně z terapeutického výcviku. Působila na oddělení 35, a když o své práci s pacienty hovořila, velmi se její výpověď podobala mým zkušenostem, což mě rovněž zaujalo. Vycházela jsem z toho, že když na oddělení někoho z terapeutů znám, nebude s výzkumem

problém. Měla jsem představu, že provedu výzkum na jednom oddělení, které znám, na druhém oddělení, které má, podle vyjádření kolegů z detoxu, přístup k léčbě v něčem jiný a na třetím oddělení, které se, podle kolegyně z výcviku, prvnímu oddělení velmi podobá. Jednání PNB ohledně schválení výzkumu neproběhlo tak rychle a přímo, jako v případě PLČD. Kolegyně z výcviku mě odkázala na vedoucího psychologa, kterému jsem email s žádostí o provedení výzkumu zaslala. Poté jsem byla odkázána na vedoucí lékařku, která mě odkázala dál na primářku oddělení Závislosti – muži, MUDr. Danu Karbanovou. Paní primářka potřebovala ke svému rozhodnutí více podrobností o výzkumu, které jsem ji poskytla, následně souhlasila, ale odkázala mě dál na etickou komisi. Z té se mi podařilo získat kladnou odpověď po několika týdnech. Celé jednání s PNB, než jsem mohla fyzicky výzkum provést, trvalo tři měsíce.

Během jednání s PNB, jsem zkusila ještě oslovit oddělení závislostí 7 A, B a C v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice (PNHB) a to z toho důvodu, že jsem měla od některých pacientů z oddělení S7 v PNK informace, že režim zde je údajně velmi přísný. Pacienti vycházeli ze své zkušenosti, kdy se zkoušeli v PNHB léčit. Pan primář MUDr. Bohuslav Plachý byl rovněž vstřícný, nicméně potřeboval také souhlas etické komise nemocnice, ve které zrovna jeden z hlavních členů dlouhodobě onemocněl a jednání s PNHB trvalo ve výsledku ještě déle než s PNB. Po několika měsících jsem od etické komise přes pana primáře dostala kladnou odpověď, tou dobou ale již byl výzkum v PNB proveden.

## **5.2. Výzkumné otázky**

Z výzkumného cíle jsem odvodila následující výzkumné otázky:

- Jak pacienti z oddělení léčby závislostí psychiatrických nemocnic reflektují při rozhovorech program ústavní léčby?
- Které prvky programu připadají pacientům důležité pro další motivaci k léčbě a udržení abstinence po odchodu z ní?
- Které prvky programu pacientům nevyhovují a proč?

## **5.3. Výzkumná strategie**

Pro dosažení výzkumného cíle jsem zvolila strategii kvalitativního výzkumu. Kvalitativní přístup můžeme chápat jako proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí, který má za cíl získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi výzkumníkem a respondentem (Švaříček, Šedřová et al, 2007). Kvalitativní analýzu můžeme dále nazvat jako umění zpracovat data užitečným a smysluplným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku (Hendl, 2016).



K charakteristikám kvalitativního výzkumu, které přispěly k rozhodnutí jej pro práci použít, patří pohled z perspektivy výzkumného subjektu, popis všedních detailů každodenní reality, chápání chování a významu v sociálním kontextu, důraz na čas a proces, preference otevřeného a málo strukturovaného designu výzkumu a vyhýbání se koncepcím a teoriím v počátku výzkumu (Bryman 1988 in Čermák, Štěpaníková, 1997).

Situace jsou obvykle chápány jako normální, jelikož reflektují každodenní život jedinců, skupin, společnosti či organizací. Výzkumníci se snaží o izolování určitých témat, projevů a datových konfigurací. Jeho cílem by mělo být získání integrovaného pohledu na subjekt výzkumu, na explicitní a implicitní pravidla, která ve zkoumané oblasti působí. Jeho úkolem je objasnit, jak lidé zkoumanou oblast či situaci chápou, jak si interpretují, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují všední aktivity a interakce. Metody získávání dat jsou v kvalitativním výzkumu méně standardizované, hlavním nástrojem je sám výzkumník. Typy dat zahrnují písemné poznámky z terénu, audionahrávky, videozáznamy, fotografie, deníky, poznámky z rozhovorů a pozorování, osobní komentáře, úřední dokumenty a všechno to, co přibližuje každodenní život zkoumaných osob (Hendl, 2016). Ze jmenovaných dat jsem v práci použila všechny, kromě videozáznamů, fotografií a deníků.

Kvalitativní výzkum by měl poskytnout podrobné informace o tom, proč se daný fenomén objevil. Na jeho začátku kvalitativního dochází k výběru tématu výzkumu a jsou definovány základní výzkumné otázky. Ty lze v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat upravovat nebo doplňovat. Během výzkumu se tvoří hypotézy a může docházet i k úpravám zvoleného výzkumného plánu. Získávají a analyzují se jakékoliv nové informace, přispívající k vyjasnění výzkumných otázek, dochází k deduktivnímu a induktivnímu vyvozování závěrů (Hendl, 2016).

Mezi přednosti kvalitativního výzkumu, které jsem v práci ocenila, patří možnost zkoumání fenoménu v jeho přirozeném prostředí a možnost podrobně interpretovat charaktery zkoumaných objektů, jejich způsob uvažování, chování a popsat procesy a teorie, které k nim vedly. Nevýhodou je, že tato interpretace částečně podléhá osobnosti výzkumníka, který vědomě či nevědomě preferuje určité způsoby uvažování. Další nevýhodou je, že výsledek výzkumu je validní pro konkrétní instituce a nelze jej zobecnit.

Podstatou kvalitativní analýzy je zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku (Hendl, 2016). Některé faktory, především na straně výzkumníka, ji však mohou negativně ovlivnit. Analýza této práce mohla být teoreticky ohrožena těmito aspekty:

- Výzkumník je přetížen daty

- Informační nedostupnost – výzkumník věnuje více pozornosti těm datům, které dostupné jsou
- Interní konzistence – tendence ignorovat překvapivé informace
- Pozitivní instance – selektivní vybírání těch informací, které jsou v souladu s tím, co výzkumník zná (Hendl, 2016).

## 5.4. Sběr a analýza dat

Sběr dat a jejich analýza probíhá vždy v delším časovém úseku, výzkumný proces má longitudinální charakter. Analýza a sběr dat probíhají současně. Obecně při sběru dat dochází i k jejich analýze a podle výsledku se rozhodne, která data jsou potřebná. Poté se celý proces zopakuje. Během těchto cyklů dochází k přezkoumávání domněnek a závěrů. Data se analyzují a interpretují induktivně. Celkový obraz se získává postupně, v průběhu sběru dat a poznávání jeho částí. Výzkumník hledá význam a snaží se pochopit aktuální dění. Během tohoto procesu vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. Neměl by vynechat nic, co by přispělo k vysvětlení situace (Hendl, 2016).

### 5.4.1. Hlubkový rozhovor

Hlavní metodou, použitou ve sběru dat je hlubkový rozhovor. Můžeme jej definovat jako nestandardizované dotazování respondenta výzkumníkem, pomocí několika otevřených otázek. Pomocí nich může porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled omezoval pomocí výběru položek v dotazníku. Výzkumník, který rozhovor vede, by měl být i zkušeným pozorovatelem, který je schopen číst neverbální projevy. Je třeba být citlivý i k prostředí rozhovoru a ke svému vztahu s účastníkem výzkumu. Pozorování a rozhovor jsou provázané základní techniky kvalitativního výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Hlubkový rozhovor umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě (Švaříček, Šed'ová, 2007). V práci jsem použila jeden ze dvou typů hlubkového rozhovoru, a to polostrukturovaný rozhovor. Ten vychází z předem sestaveného okruhu témat a otázek. Otázky v rozhovorech z této práce, jsem sestavila předem, na základě teoretických znalostí zkoumaného prostředí. Nejprve jsem vytvořila schéma základních témat, vycházejících z hlavních výzkumných otázek, ke kterým se pak přiřadily další. Témata pro rozhovor by měla pocházet z několika zdrojů – odborné literatury, pozorování a z analýzy dokumentů (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Polostrukturované rozhovory v práci byl složený z těchto otevřených otázek:

- Jak byste popsal program, kterým se tady řídíte?

- Co Vás v programu baví a co Vám přijde důležité?
- V čem Vám program nevyhovuje?
- Co si myslíte o pravidlech, která na oddělení platí?

Před samotným zahájením rozhovorů jsem respondentům předala informovaný souhlas. Ověřila jsem, zda splňují kritéria pro výběr respondentů, zjistila jejich věk, počet předchozích léčeb a formu jejich ukončení. Osobní údaje (celé jméno, datum narození) jsem nezjišťovala, jednak z důvodu ochrany zkoumaných osob a jednak proto, že pro cíl výzkumu nebyly podstatné. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon a vzniklé audionahrávky pak přepsala do programu Microsoft Word. Zápis proběhl nejprve doslovný, následovala redukce prvního řádu, s vynecháním slovní vaty a výrazů, které nejsou podstatné, čímž byl text očištěn od výrazů, jejichž přítomnost narušovala plynulost a které samy žádnou další informaci neunesou (Miovský, 2006).

#### **5.4.2. Zakotvená teorie**

Při práci se získanými daty jsem použila přístup známý jako Zakotvená teorie. Jedná se o návrh hledání základní teorie, která se týká jistým způsobem vymezené populace, prostředí nebo doby (Hendl, 2016). U této metody začínáme zkoumanou oblastí či fenoménem a další prostor je ponechán proto to, aby se v průběhu výzkumu objevilo něco, co je v této oblasti významné (Miovský, 2006). Zakotvená teorie představuje soubor systematických induktivních postupů. Definičním znakem je existence specifických kódovacích procedur, které se dělí na tři fáze – kódování otevřené, axiální a selektivní.

Otevřené kódování je induktivní technika, která byla vyvinuta v rámci analytického aparátu zakotvené teorie. Představuje operace, pomocí nichž jsou sesbírané údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Tento způsob analýzy zaručuje hloubkovou práci s textem a zaměřuje se na rozkrývání významů, které nemusejí být prvoplánově zjevné. Při procesu otevřeného kódování je text rozložen na menší fragmenty, kterým jsou přidělena nová jména, se kterými se dále pracuje. Analyzovaný text, v tomto případě přepsaný rozhovor, rozdělíme na jednotky, které mohou představovat sekvence slov, věta nebo odstavec. Každá vzniklá jednotka má přidělený určitý kód, což bývá slovo nebo krátká fráze, která má vypovídat o obsahu sekvence. Nově vznikající pojmy a kategorie jsou seskupovány podle podobnosti a tím se buduje základ pro jejich další zpracování. Výsledek otevřeného kódování je především popisný (Švaříček & Šedřová, 2007).

Cílem axiálního kódování je vytvořit spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi, za pomoci paradigmatického modelu. Ten umožňuje o datech systematicky přemýšlet, vzájemně je k sobě vztahovat složitými způsoby a zároveň zohlednit procesuální dynamiku v datech.

Axiální kódování funguje jako pomůcka při třídění dat. Jednotlivé kategorie vzešlé z otevřeného kódování přidělujeme k jednotlivým položkám paradigmatického modelu. Hledáme vztah subkategorií jednotlivých členů paradigmatického modelu. Tento typ kódování můžeme ve výzkumu použít jednou nebo i vícekrát (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Selektivní kódování zahrnuje výběr jedné klíčové kategorie, kolem které je organizován základní analytický příběh (Strauss, Corbinová, 1999 in Švaříček, Šed'ová, 2007). Všechny ostatní kategorie jsou potom vztaženy k této ústřední kategorii. Ta by měla odpovídat zkoumanému jevu a dobře jej popisovat (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Výsledkem přístupu zakotvené teorie v této práci je pět kategorií, vzniklých z původních otevřených rozhovorů:

- Terapeutický program
- Pravidla a režim
- Komunita
- Terapeutický tým
- Abstinence, doléčování

Postup zakotvené teorie má tři etapy – sběr dat do teoretické nasycenosti, kódování materiálu k vytvoření kategorií a konstruování teorie jako sady tvrzení o vztazích mezi těmito kategoriemi. Stadia se vzájemně překrývají a jedno se realizuje vždy s ohledem na druhé (Švaříček & Šed'ová, 2007).

## **5.5. Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor byl stanoven metodou záměrného institucionálního výběru (Miovský, 2006). V praxi to znamenalo oslovení pacientů při programu, kde jim byly vysvětleny aspekty výzkumu a sdělena kritéria výběru respondentů:

- přítomnost diagnózy F10.2
- čtyři osoby na jednu instituci
- muži, věk 25 až 50 let
- v minulosti minimálně jedna řádně ukončená léčba závislosti v psychiatrické nemocnici

### **5.5.1. Zdůvodnění nastavených kritérií výběru respondentů**

Sestavování kritérií pro výběr respondentů proběhlo na základě mé dosavadní získané praxe a znalosti léčených pacientů. Výzkum jsem proto chtěla provést s muži ve věku od 25 do 50 let, kteří mají v anamnéze diagnózu F10.2. Oddělení S7 v PNK je koedukované, ale tři čtvrtiny pacientů z místní komunity tvoří muži a většina z nich má primární diagnózu F10.2, syndrom závislosti na alkoholu. Oddělení S7 v PNK se zaměřuje především na závislost na alkoholu a na patologické hráčství. Pacienty s nelátkovými závislostmi také přijímá, ale jedná se spíše o výjimky. Na svých internetových stránkách má ostatně přímo uvedeno, že se specializuje na střednědobou léčbu závislostí na alkoholu, léčích a chorobného hráčství, od 18 let.

Na internetových stránkách oddělení odd. 35 v PNB jsem zjistila, že léčba je pro nemocné závislostí na návykových látkách a hracích automatech, legální a ilegální drogy zde nejsou nijak rozlišeny. Ze samotného názvu oddělení vyplývá, že se jedná pouze o léčbu mužů od 18 let, s kapacitou 28 lůžek, tudíž jsem se poměrem mužů a žen na tomto oddělení nemusela zabývat.

Na internetových stránkách PLČD je uvedeno, že léčebna se specializuje pouze na léčbu lidí, kteří se dostali do těžkostí a problémů v důsledku užívání návykové látky, alkoholu či jiné drogy nebo hraní na automatech. Při dalším průzkumu stránek jsem objevila informace o složení pacientů z roku 2013, kde z grafu skladby léčených pacientů vyplývá poměr léčby závislosti na drogy 54 % a na alkoholu 41 %, z grafu rozvrstvení základních diagnóz pak vychází F10.2 s počtem 291 pacientů, F15.2 s počtem 246 pacientů. Pod grafy je uvedena informace, že do roku 1994 byla léčebna zařízena výhradně na léčbu závislosti na alkoholu, ale že v dalších letech se počet léčených pacientů se závislostí na nealkoholových drogách razantně zvyšoval a předpokládaným trendem do dalších let je stabilizace poměru závislosti na alkoholu a závislosti na nealkoholových drogách 1:1. Ohledně genderové problematiky v PLČD jsem zjišťovala, jaká jsou, kromě syndromu závislosti, další kritéria přijetí k léčbě. Je to minimální věk 18 let, motivace k léčbě a odpovídající psychický a somatický stav. Při popisu léčby je užíváno koncovky pro mužský i ženský rod (např. učinil/a). Z dalších materiálů, které jsem o PLČD studovala, jsem věděla, že v areálu léčebny je ženský pavilon zvlášť. Dále jsem otázku pohlaví v PLČD neřešila.

Kritérium stanovující počet respondentů bylo nastaveno z důvodu snahy o získání co největšího množství informací. Čtyři lidé z celé komunity pacientů sice nemohou poskytnout objektivní pohled na program oddělení, avšak typ mé práce mi umožnil zjistit individuální prožívání respondentů. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na popisování subjektivního významu, kontextu a chování, zajímá se o subjektivní teorie osob v daném prostředí (Hendl,

2006). Oslovit více než čtyři respondenty mi nepřišlo vhodné kvůli plánovanému rozsahu práce.

Poslední kritérium „V minulosti minimálně jedna řádně ukončená léčba závislosti v psychiatrické nemocnici“, vyplynulo z výzkumné otázky „Které prvky programu připadají pacientům důležité pro udržení abstinence po odchodu z léčby?“ Chtěla jsem zjistit, co konkrétně z léčby si pacienti zvnitřní natolik, že to využívají i po odchodu z ní, a to nebylo možné u osob, kteří ještě žádnou kompletní střednědobou ústavní léčbu nepodstoupili.

### **5.5.2. Charakteristika respondentů PNK**

R1 – Honza – 25 let, 2. léčba. Po první léčbě vydržel ve svém prostředí půl roku abstinovat. Na opakovací léčbě byl jednou, k psychiatrovi chodil první rok pravidelně. Užíval antidepressiva, která mu byla při první léčbě nasazena. Při recidivě je sám od sebe vysadil, říkal si, že radši nebude užívat žádné léky, když tak pije. Důvod recidivy sám přesně nezná, myslí si, že určitě podcenil doléčování a taky se doma dost nudil. Je bezdětný, aktuálně bez přítelkyně, má jen matku, která má rovněž problém s alkoholem a s psychiatrickými léky na předpis. Má na sobě starší oblečení, vypadá trochu neupraveně – rozcuchané vlasy, děravé ponožky. Působí mladší, postavou je drobnější. Při rozhovoru působí uvolněně a trochu sklesle. Ochetně odpovídá, na co se ptám, sám rozvádí témata, o kterých chce mluvit.

R2 – Petr – 28 let, 2. léčba. Jeho chování je suverénní a sebevědomé. Sděluje, co si myslí, i když ne vždy to vyznívá pro terapeutický tým příznivě. Na otázky odpovídá, ale často od tématu odbíhá k tomu, co mu přijde důležitější. O svém soukromí se téměř nezmiňuje, hovoří jen o dceři, kterou delší dobu neviděl, kvůli své bývalé partnerce a její matce. O své závislosti nemluví. Vypadá na svůj věk, má moderní oblečení, vlasy a vousy mírně neupravené, na sobě četná tetování.

R3 – Roman – 30 let, 3. léčba. Vypadá starší, má šedivé vlasy a chybí mu několik zubů. Říká, že mu to jde pomaleji než ostatním, už je tu tři měsíce a zatím se mu nepodařilo postoupit, komunitě se nelíbilo, jak to postup žádá, tak se to teď učí. Na oddělení se mu líbí, ale vadí mu, že nemůže chodit, kam chce, má rád svobodu. Jinak je rád mezi lidmi v komunitě, i když si z něj často dělají srandu, nevadí mu to. Bydlí s bratrem a matkou ve starším domku, kde hodně fyzicky pracuje. Na doléčování byl párkrát, pak už ne, neměl peníze na dopravu. Při rozhovoru působí vstřícně, jen otázky potřebuje víc upřesnit. Působí, že se snaží odpovídat podle léčebné filosofie, co v komunitě slyší, to říká, někdy si trochu protiřečí.

R4 – Václav – 41 let, 2. léčba. Je otcem od rodiny, má dvě starší děti. Manželka za ním jezdí na návštěvy, podporuje ho. Šel znovu do léčby hlavně kvůli ní, aby se s ním nerozvedla. Je

ve třetím stupni, za 14 dní chce končit. Je rád, že to zvládl. Recidivu měl proto, že zkoušel pít kontrolovaně a přeháněl to. Myslí si, že to určitě nějak musí jít, ale zatím na to nepřišel. Při rozhovoru má tendenci odbíhat od tématu, chce mluvit hlavně o tom, jaký je ve svém soukromém životě, několikrát zmiňuje své pracovní úspěchy. Působí uvolněně, přirozeně, vypadá upraveně, proti ostatním respondentům má více společenské oblečení.

### **5.5.3. Charakteristika respondentů PLČD**

R5 – Tomáš – 36 let, 2. léčba. Působí suverénně a sebevědomě. Má sklon mluvit spíše obecně než sám o sobě, jeho věty často začínají slovy „lidem vadí“ nebo „lidi si myslí“. Má za sebou čerstvou zkušenost s předsednictvím komunity a má ze sebe dobrý pocit, že to zvládl. Vlasy má krátké, čerstvě ostříhané, na tváři upravené strniště. Žije sám, s přítelkyní se nedávno rozešel a novou nechce, bude se řídit tím, co mu v léčebně říkají, že minimálně rok po léčbě by neměl začínat žádný vztah. Říká, že první léčba byla úplně jiná, ještě z toho neměl rozum a nebral to vážně, nedoléčoval se, druhou léčbu prožívá mnohem více.

R6 – Pavel – 29 let, 2. léčba. Působí trochu nervózně a netrpělivě. Pohrává si s korálky na ruce a klepe nohou do podlahy. Zmiňuje se, že má několik let přítele a řeší teď nějakou krizi, v noci moc nemůže spát. Je štíhlý, menšího vzrůstu. Odpovídá krátce, co řekne, moc nerozvádí. Po první léčbě vydržel abstinovat rok, pak začal s malými dávkami alkoholu, které začal rychle zvyšovat.

R7 – Stanislav – 47 let, 5. léčba. Říká, že po ukončení této léčby už musí trvale abstinovat. Má přítelkyni, je rozvedený, se svými dětmi se nestýká. Je podnikatel, není zaměstnaný, což jak uvádí je pro něj nevýhoda, nikdo ho nenutí, aby ráno vstal do práce. Má tmavé prořídle vlasy, nadváhu a četné zdravotní problémy související se slinivkou. Má na sobě starší tepláky a vytahané tričko, působí rozespale. V odpovědích se někdy trochu ztrácí, odbíhá od tématu.

R8 – Zdeněk – 32 let, 2. léčba. Je upovídaný, o programu léčebny mluví rád. Má střední postavu, vlasy světlé, přerostlé, rozcuchané. Oblečení sportovní. Je bezdětný, žije s otcem, který ho v mládí vedl k atletice. Matka prý byla necitlivá a sobecká, rodiče se proto rozvedli. Nejlépe vychází s babičkou, která ho v léčebně často navštěvuje. Otec je dost přísný, kritický, Zdeněk se dost snaží se mu zavděčit, na to přišel nedávno v terapii. Po první léčbě odjel do zahraničí, chtěl ujet problémům, ale stejně tam začal pít znovu, musel se kvůli tomu vrátit, už to nezvládal.

#### 5.5.4. Charakteristika respondentů PNB

R9 – Jiří – 50 let, 3. léčba. Působí klidně, sympaticky, trochu nejistě, ověřuje si, zda mi jeho výpověď k něčemu bude. Mluví pomaleji, ale k tématu. Zdá se, že hovoří sám za sebe. Je upravený, v domácím oblečení. Má výrazné brýle, ustupující hnědé vlasy, podsaditou postavu. V rozhovoru se několikrát zmiňuje o manželce a dceři, které ho v léčbě podporují, velkou motivací je pro něj malý vnuk.

R10 – Milan – 47 let, 2. léčba. Má šlachovitou štíhlou postavu. Ve tváři je strhaný, vráscitý, vlasy má husté, po stranách prošedivělé. Oblečení starší, vytahané, je silně cítit cigaretovým kouřem. S manželkou a syny mají statek, je zvyklý už od dětství hodně pracovat. Celý život byl v zemědělství, do školy moc nechodil. Začal pít v mládí, jeho otec byl také alkoholik, ale neléčil se.

R11 – Martin – 34 let, 2. léčba. Je štíhlý, vysoký, má světlé kratší rozcuchané vlasy, kulaté brýle a sportovní oblečení. Při rozhovoru se někdy rozčiluje, zmiňuje spíše to, co se mu nelíbí. Působí trochu nervózně a našťavaně. Připomíná rozzlobené velké dítě. Žije s matkou a otcem v panelákovém bytě. Kromě alkoholu má problém i s gamblingem.

R12 – David – 32 let, 2. léčba. Je sdílný, co říká, působí upřímně. Má střední postavu, potetované ruce a krátký sestřih. Dříve užíval pervitin, nyní má problém s alkoholem. Z počátku pil hlavně pro uvolnění, často v pátek po práci, partnerka chodila občas do hospody s ním. Pak začal pít i v týdně, ale stále pracoval, nikdy kvůli pití práci nezanedbával, zdůrazňuje, že musí živit rodinu. Pracuje jako řemeslník v soukromé firmě a dle jeho slov se tam abstinence nikdy moc neřešila.

#### 5.6. Etika výzkumu

Účast respondentů ve výzkumu byla dobrovolná a ošetřená podepsaným informovaným souhlasem. Ten jsem účastníkům předala v písemné formě před zahájením rozhovoru a započítím jeho nahrávání. Zároveň jsem si ústně ověřila, zda pacienti všemu rozumí. Kdykoliv mohli svou účast na výzkumu zrušit bez udání důvodu. Respondenti byli dále seznámeni s účelem výzkumu, nahráváním i se způsobem, jak bude následně s daty nakládáno. Předala jsem jim na sebe kontakt pro případ, že by měli doplňující dotazy nebo chtěli účast ve výzkumu zrušit. Na informovaném souhlasu, který respondentům zůstal, byla dále uvedena instituce, která výzkum k diplomové práci zaštiťuje pro případ, že by si podané informace chtěli respondenti ověřit.



Vzniklé audionahrávky jsem po dokončení přepisu a odevzdání práce trvale smazala. Písemný záznam jsem bezpečně archivovala a použila jsem jej pouze pro účely tohoto jediného výzkumu.

## **5.7. Problémy při provádění výzkumu**

V době získávání informací od respondentů na S7 v PNK jsem sice již byla na rodičovské dovolené, nicméně přístup na oddělení a do zdravotnické databáze mi zůstal zachován. Většina aktuálně léčených pacientů z komunity mě jako terapeuta neznala, což jsem vítala, kvůli možnému zkreslení jejich výpovědí. Nelze však vyloučit, že i přes mou pracovní nepřítomnost na oddělení, byli někteří respondenti ovlivněni. Sice jsem nepůsobila v jejich léčbě, ale na oddělení mě mohli několikrát vidět při komunikaci s ostatním personálem a některé pacienty z opakovací léčby jsem znala.

To, co se na S7 jeví jako výhoda, tedy dobrá znalost léčebného programu a volný přístup do dokumentace, se ukázalo jako problém u dalších dvou nemocnic. Program v PNB mi byl popsán kolegyní z výcviku, psychologkou na AT 35, která zde působila čtvrtým rokem a měla ho podrobně zmapovaný. Když jsem však žádala o zpřístupnění písemných materiálů k programu, jako je léčebný řád, režim oddělení a pravidla léčby, byla mi poskytnuta jen ústní část řádu, tzv. základní informace v počtu 13 stránek, s odůvodněním, že řád oddělení má kompletní rozsah 30 stránek a vedení si nepřeje dávat jej celý k dispozici do veřejně přístupné práce. Ještě méně písemné dokumentace mi bylo umožněno získat z PLČD. Zdůvodnění bylo podobné, bylo mi sděleno, že nemají s předáváním podkladů dobré zkušenosti, jelikož v minulosti byly informace v nich uvedené zneužity. Stalo se, že jsem mohla využít veškeré dostupné podklady z PNK a minimum podkladů z PNB a PLČD. V popisu programu nemocnic v teoretické části práce se pak tato nevyváženost projevila. Nicméně vzhledem k tomu, že v práci neporovnávám jednotlivé nemocnice mezi sebou, se tato překážka nejevila jako nepřekonatelná. Při přímém provádění výzkumu byl však přístup v PNB i PLČD vstřícný. V PLČD mi pan ředitel věnoval čas, poskytl mi ústní informace o fungování léčebny a provedl mě pavilony, včetně pokojů pacientů.

Systém výběru respondentů také nebyl vždy stejný. V PNK i v PNB jsem měla možnost oslovit pacienty na ranní komunitě, přednést jim svou žádost a seznámit je s výzkumem. V PNK jsem si díky přístupu do systému mohla ověřit, že respondenti, kteří se k výzkumu přihlásili, přesně pasují do zadaných kritérií, což jinde samozřejmě nešlo. Po oslovení pacientů a sdělení kritérií výzkumu se jich v PNK ani PNB nepřihlásilo více než čtyři. Když jsem se na výzkum dostavila do PLČD, vybraní pacienti již seděli v prázdné místnosti a čekali na rozhovory. Jejich výběr proběhl bez mé přítomnosti, pouze na základě předem

zaslaných požadavků. To, jakým způsobem byli respondenti vybíráni rovněž mohlo výsledný vzorek ovlivnit.

## 6. Výsledky z Psychiatrické nemocnice Kosmonosy, oddělení S7

### 6.1. Terapeutický program

R1 – Honza nejprve obecně popisoval, jaké aktivity na oddělení mají, čemu se věnují. Poté sdělil, co nejvíce zajímá jeho a proč. Vysvětlil, že oblíbenost programů záleží i na tom, v jakém stupni léčby se člověk zrovna nachází. Na začátku léčby ho to víc nudilo, postupem času v tom začal vidět smysl. Zmiňoval doplňkové programy a to, co jako komunita dělají mimo opakující se program oddělení: „...*taky jsou dobrý různý sporty, hrajeme třeba pinčes s ostatníma, jako ve volným čase nebo máme i organizovaný utkání mezi odděleníma.*“ V této souvislosti je třeba zmínit, že oddělení často pořádá různé sportovní turnaje, buď v rámci své komunity, nebo mezi pacienty z jiných oddělení. Do těchto akcí se pacienti přihlašují dobrovolně, je vidět, že je baví. Pozitivní je i zapojení dalších pacientů z jiných oddělení PNK. Pro léčené osoby z S7 je někdy přínosné, když zjistí, jak jsou na tom lidé z jiných oddělení, jaké mají problémy. V terapii tyto zkušenosti pak dále rozvádějí, sdělují, že jim např. pomáhají získat odstup a nadhled nad svými vlastními těžkostmi. Vedení pacientů ke sportu je důležité i proto, že se jedná se o jeden ze způsobů, jak pacientům ukázat, že některá pozitiva, která jim přinášel alkohol, např. odreagování se, je možné dosáhnout i bez něj (Nešpor & Csémy, 1999).

V souvislosti s programem R1 – Honza uvedl, že důležitý je pro něj fakt, že má nějaký plán, režim, kde má dané, co bude dělat. „*Líbí se mi, že mám furt co dělat, pak nemyslim na blbosti...*“. Plánování je něco, co je třeba pacienty během léčby naučit. Dodržováním plánu snižují riziko bažení a následného relapsu. To, co R1 – Honzovi nejvíce vadí, není konkrétní činnost, ale vlastně spíše nečinnost. Dobu, kdy mu den nevyplní program oddělení nebo jiné okolnosti, např. návštěva, snáší těžko: „...*jsou pro mě náročný víkendy, hodně lidí odjede domů na dovolenku. Já jsem taky jednou byl, ale moc se to nepovedlo.... přes tejden se furt něco děje, o víkendu je víc volna a z toho mám někdy depky...*“. Na rozvrhu oddělení je vidět, že víkendový harmonogram je o dost volnější než v týdnu. Ti, co nejezdí na dovolenky přesto, že na ně již mají nárok, si mohou naplánovat celodenní výlet, aby mohli areál nemocnice opustit. Tato alternativa ale vyžaduje mnohem více nápadů a samostatné intervence. V domácím prostředí mají pacienti program často daný buď rodinou nebo domácími povinnostmi, jako je úklid apod. Také mají dané to, na jaké místo pojedou. Při plánování výletu či celodenní vycházky je třeba vzít v úvahu mnohem více možností. Další „překážkou“ může být samota při výletu. Pacient sice může jet s dalšími lidmi z komunity ze 3. a vyššího stupně, většina jich ale jede domů. Volné místo v programu, kdy pacienti mohou propadnout nudě a negativním emocím, je přesto velmi důležité. Nabízí jim možnost, jak se s nimi naučit zacházet v chráněném prostředí. Rozvrh v tomto směru simuluje týdenní pracovní dobu, od pondělí do pátku hodně programu, o víkendu málo. Nabítený harmonogram

všedních dnů v léčbě může působit i tak, že pacienti po odchodu domů mají pocit, že si od něj musí „odpočinout“, jak dokazuje další odpověď R1 – Honzy: *"Když jsem přišel z léčby, užíval jsem si volnost, nic jsem nedělal prvních pár měsíců, jen brigáda a sem tam něco doma, začal jsem se cítit víc ohrožený, byl jsem líný, měl jsem zase častěji chuť, režim mě má naučit hlavně disciplínu, to je pro mě asi důležité."* Respondent ví, že když nemá program, nudí se, a to je pro něj ohrožující, nicméně ho ani to nemotivuje k tomu, aby způsob trávení volného času změnil. Spoléhá na program, který mu někdo připraví. Přiklání se k variantě, aby pacienti měli více volného času i během týdne. Takhle víkend nějak vydrží a v pondělí už zase program mají. Kdyby byli během léčby více odkázáni na svůj vlastní program, možná by pro ně bylo snazší motivaci k aktivnímu plánování volného času najít.

R2 – Petr zmiňoval terapeutické aktivity především z oblasti komunity, jako jsou každodenní komunitní setkání. Důvodem možná bylo to, že před rozhovorem akorát z takového programu odešel a byl ještě plný dojmů z toho, co tam řešil. Nelíbilo se mu bazírování personálu oddělení na dodržování časového harmonogramu, což patrně ovlivnilo jeho další odpovídání. To zároveň označil jako negativní prvek programu – vyžadování přesného dodržování režimu: *"...chybí mi osobní prostor, pořád se musím starat, kde mám kdy být, jsem z toho ve stresu, v programu je toho moc. Venku se taky neřeší, jestli tam budu o minutu dřív nebo později. Už jsem se s tím smířil a pozdě většinou nechodím, ale až odsud vyjdu, určitě to nebudu takhle dodržovat."* Oddělení má časový rozvrh, kde je přesně uvedeno, který program kdy začíná a končí. Mezi některými programy je méně času na přesun po oddělení a R2 – Petr polemizoval s „co kdyby“, se mu např. chtělo na záchod, měl jiné potíže apod. Personál to prý nechápe a vždy má hned odpověď na to, jak to má řešit, jeho samotného by to ale nenapadlo. Je třeba podotknout, že pevná struktura je jedna z nezbytných složek terapie vycházející z teorie, že návykové látky mění u pacienta strategie chování zaměřené na získání odměny ve smyslu jejího dosažení co nejrychleji, jednodušeji a nutkavěji. Smyslem je podporovat takové vzorce chování, které vedou k bezpečnému získání odměny, bez rizika relapsu. Cílem terapie je pak přejít od struktury vnější ke struktuře vnitřní (Dvořáček, 2003). Střednědobá léčba má na to, aby si pacienti strukturu zvnitřnili, jen velmi málo času, není zde místo pro diskuzi, a to je patrně důvod, proč je i plnění harmonogramu přísně vyžadováno. Jako nejpřínosnější z programu oddělení zhodnotil R2 – Petr skupinovou psychoterapii: *"...s terapeutama jsou skupiny dobré, můžeme tam mluvit o svých problémech. Já teda spíš poslouchám, než mluvím, ale i tak mi to dává hodně, poznávám se v tom..."* Respondent zmiňuje některé z účinných faktorů skupinové psychoterapie dle Stanislava Kratochvíla (Kalina et al., 2015), emoční podporu, sebeprojevení, získání nových informací a zkušeností.

R3 – Roman v terapeutickém programu pozitivně hodnotil, že je mezi lidmi a že není sám, jediné, co mu chybí, jsou častější výlety do přírody. Hovořil o jídle, co se na oddělení podává, kam si ho mohou chodit kupovat, když jim to nestačí a kde si ho mohou uskladňovat.

Zmiňuje i nepříjemnosti se společnou lednicí, kde dochází ke krádežím. Při doptávání se na konkrétní terapeutické aktivity, ze kterých si může něco odnést, stejně jako Petr uvádí, že nejlepší jsou asi skupiny, protože díky nim začal víc komunikovat s ostatními. *"Domů si odsud z programu přinesu nutnost mluvení o svých problémech, je lepší mluvit než to v sobě potlačit, k tomu mě dovedly skupiny, na ty se vždycky těším."* Při shrnutí jeho odpovědi lze konstatovat, že R3 – Roman vidí největší přínos ve skupinové psychoterapii. V této souvislosti lze hovořit o rysu skupinové psychoterapie „vazba na skupinu“ jak ji formuluje Nešpor in Kalina (2015), totiž že závislí projevují ve vyšší míře tendence se navázat, což může mít formu závislosti na skupině, a v určitém léčebném období je tato vazba velmi důležitá. Je i jedním z důvodů proč je pacientům po základní léčbě doporučováno zapojit se do některé ze svépomocných skupin.

Další přínosnou aktivitou kromě skupin byl označen edukační program. R4 – Václav tento výběr zdůvodňuje tak, že aktuální léčbu pojal více rozumově a vědecky. *"... baví mě přednášky personálu, dělám si poznámky, abych nezapomněl, myslím, že to mi pak hodně pomůže, až na to budu sám..."*. Hodně čte, hlavně knihy se závislostní tematikou, tím vyplňuje volno, když nemá návštěvy. Našel si svůj program. Jak sám říkal, v první léčbě ještě neměl jasno ohledně své motivace abstinovat. Nyní to má srovnané, nemusí nad tím uvažovat, a to mu dovoluje soustředit se na jiné věci, víc si rozmyslet, co bude po ukončení léčby dělat. Edukační program, o kterém R4 – Václav mluvil, je na oddělení zahrnut do tzv. Racionální terapie. Jedná se o formu edukace, která má přivést pacienta k porozumění projevům závislosti a jejich souvislostem. Učí porozumět tomu, jak a proč příznaky vznikly, jak spolu mezi sebou souvisejí a jaké mají důsledky, které se často stávají i udržovacími faktory. R4 – Václav měl problém jmenovat program, který pro něj vyznívá negativně. Říkal, že žádný takový není, že už si na všechno zvykl a přijal to. Vzhledem k bodovému systému ani nemá jinou možnost než plnit vše, co oddělení vyžaduje, pokud chce na oddělení zůstat. Na dotaz, jaký prvek programu si nepřevzme do svého dalšího života po chvíli přemýšlení sdělil, že nerozumí, proč má tak uklízet: *"...trochu zbytečný mi přijde to přehnaný bazírování na úklidu. Neříkám, že nemám rád pořádek, ale leštit kliky.... no, prostě to tak je no."* V časovém harmonogramu je úklid uveden každý den, kdy se provádí zametání, vytírání apod., na větší úklid není čas. Informace k úklidu nejsou v materiálech oddělení uvedené. Je na personálu, respektive na zdravotních sestrách, aby rozsah úklidu určily, jelikož nikdo jiný se touto činností nezabývá. Může pak dojít k situaci, kdy jsou sestrami zadávány podobné činnosti, o kterých respondent hovořil, aniž by byl nějak vysvětlen jejich smysl. Obecným cílem podílení se na chodu oddělení, jeho úklidu či drobných opravách má obecně rehabilitovat pracovní návyky (Dvořáček, 2003) a je přínosné, pokud jsou pacienti do úklidu zapojeni, pokud jsou jasné dané cíle, povinnosti a pravomoci. Kromě získání pracovních návyků jim to může pomoci i v budoucím vedení jejich domácnost. Když ale pacientům chybí smysl, jako v tomto případě, z terapeutického nástroje se stává doplňkový program, který má vyplnit čas a který je třeba bez větších námitek přetrpět.

V rámci prvního tématu rozhovorů byla jako nejpřínosnější program respondenty vyhodnocena skupinová psychoterapie, která je v obecných informacích o oddělení uváděna jako jeden z jeho hlavních nástrojů léčby. Objektivně lze shrnout, že potřeby pacientů a aktuální nabídka oddělení se v tomto bodě shodují. Ambivalentní postoj respondentů lze zaznamenat u výpovědí týkajících se režimu. Negativně bylo respondenty hodnoceno, že musí přesně dodržovat časový harmonogram, což jim způsobuje stres. Nevidí v tom smysl, jelikož po opuštění oddělení neplánují v nastaveném časovém režimu pokračovat. Určitá struktura je v léčbě závislosti přínosná a má svůj terapeutický význam, stejně tak je ale důležité ponechat pacientům volný prostor, ve kterém se budou moci naučit s ním zacházet. Tuto hypotézu dokládá odpověď respondenta, který harmonogram hodnotil pozitivně z důvodu vyplněného času, zároveň v další části rozhovoru připustil, že po ukončení první léčby ani on v časovém harmonogramu nepokračoval, naopak jej zcela záměrně opustil, z pocitu nutnosti odpočinku. Tato zkušenost ho ve výsledku ohrozila recidivou.

## 6.2. Pravidla

Obecně k pravidlům se vyjadřuje R3 – Roman, který zároveň navazuje i na platnost pravidel v životě: *"... pravidla už mi nejsou nepříjemná, trvalo mi tak měsíc, než jsem si zvykl, pořád jsem v tom hledal logiku, ale díky programu jsem se s tím naučil žít a přijmout to, uvědomil jsem si, že v životě to může být ještě horší, vytvořil jsem si nějaká vnitřní pravidla, která si chci venku vyzkoušet..."* V jeho výpovědi se odráží rigidita pravidel, ve kterých pacienti nevidí smysl. Personál jim je nevysvětlí a je možné, že i ten pouze opakuje pravidla, kterou jsou daná, bez toho, aniž by uvažoval nad jejich aktuálním významem. Tento proces pasivního učení nemá v souvislosti s abstinencí dlouhého trvání. Pacient se naučí, co má dělat, aby obstál v léčebném prostředí, ale pokud pravidlům nerozumí nebo mu nedávají smysl, nemůže je ani aplikovat do jiné oblasti svého života a to, co se pasivně naučil zase zapomene, aniž by to pro něj mělo větší význam. I R1 – Honza má s dodržováním pravidel mimo léčbu své zkušenosti: *„Mám po roční recidivě, doma jsem taky nějaký pravidla dodržoval, ale ne dlouho, byl jsem líný..."* Jeho odpověď potvrzuje výše uvedenou hypotézu. Někaká pravidla doma dodržoval, ale protože nedávala smysl, nemotivovala k dodržování. R2 – Petr upozorňuje, v čem mohou být pravidla užitečná, a sice v upozornění, že s ním není něco v pořádku: *"... chci dodržovat pravidla, který fungují, tady jsou v podstatě v něčem nesmyslný, přitažený za vlasy, třeba to chození na minutu přesně, ale pak jsem si na to zvykl a když jsem třeba někdy neustlal, uvědomil jsem si, že je něco špatně, něco nedělám, porušil jsem návyk..."* V této souvislosti se ani tak nejedná o pravidla, jako o nějaký nastavený vnitřní režim, který R2 – Petr porušil. Naučil se stlát každé ráno postel. Stlaní postele dává smysl. Peřiny potřebují provětrat a uklidit. Není příjemné se přes den dívat na neustlanou postel a není příjemné si do ní večer lehat. Pokud mu to přestane být jedno, je to

signál, že se něco děje. Může se nad tím zamyslet a podniknout včas další kroky, které ho mohou od dalšího polevování a potažmo ohrožení uchránit. Jak sám zmiňuje, nechápe, proč by měl chodit na minutu přesně, když nikde jinde kromě léčby to není vyžadováno. Není dobré, pokud např. u skupinové psychoterapie někdo přijde pozdě a pokud se tak stane, je dobré na to pacienta upozornit, vysvětlit, co tím ostatním dává najevo, v čem to škodí jemu apod. Pokud se to děje opakovaně, nabízí se to jako téma do terapie. V konečném důsledku problém není to, že je po pacientech vyžadováno, že musí chodit přesně, ale to, že nerozumí proč, stejně jako způsob, jakým je to po nich vyžadováno. Pokud se opozdí, následuje trest bez ohledu na individuální důvody. Souvislost s chozením včas zaznívá i u odpovědi R4 – Václava: *"...tak asi hlavně chodit včas na program a chovat se slušně."*

R1 – Honza si pod pojmem pravidla léčby hned vybaví léčebný řád oddělení: *"...řád přijímám, naučil jsem se ho, už o tom nediskutuju, беру to jako terapeutické záměr, kterej mi má v něčem pomoci."* Obecně nastavená pravidla v životě by měla být přístupná kompromisu a diskuzi, stejně tak by to mělo být i s těmi léčebnými, která si mají pacienti osvojit. Je zajímavé, že oddělení nemá nikde sepsaný soubor pravidel, přestože na jejich dodržování lpí. Jednotlivá doporučení a zákazy jsou uvedena v léčebném řádu u obecných informací, pojem kardinální nebo základní pravidla v řádu rovněž nejsou. Pacienti jsou jen písemně informováni, že na oddělení nepatří agrese, drogy a sex (Oddělení S7, n.d.). R1 – Honza k tomu uvádí: *„... pravidlo zakazující sexuální a milostný vztahy je zvláštní, protože se stejně nedodržuje."* K tomu dodal, že není dodržováno jak ze strany pacientů, tak ze strany personálu. Sám zná případy, kdy personál vztah skrytě toleroval, zdravotní sestry měly mimo program na tyto pacienty narážky, ale oficiálně se nic neřešilo. Terapeuti mohou mít pro takové jednání nějaké důvody, ale v takovém případě musí být s ostatními jasně komunikovány. Pokud se takové situace dějí opakovaně, bylo by lepší toto pravidlo na oddělení upravit nebo zrušit. Nedodržování či porušování pravidel ze strany personálu je pacienty velmi negativně vnímáno, ovlivňuje pocit bezpečí, důvěry a obecně silně narušuje terapeutický vztah. R2 – Petr také pravidla reflektuje svými slovy: *„Nesmíme si tady nadávat nebo se projevovat násilně, má nás to chránit."* Jediná sepsaná pravidla, která lze dohledat v informacích z oddělení se týkají terapie, zmiňuje je R2 – Petr: *„Taky jsou zakázaný rasistický řeči a toxi kecy, jo a taky sexistický narážky, třeba jako že je někdo teplej nebo tak. Mě to je jedno, ale už tady bylo pár týpků, co s tím měli problém."*

Oficiálně znějí pravidla terapie takto:

- *„Pravilo dávej a ber.  
Každý může terapii svou účastí obohatit o své zkušenosti a zážitky, naopak si každý může odnést poznatky druhých. Proto je dobré, když jsme na terapii aktivní;*
- *Pravidlo mlčenlivosti a důvěrnosti;  
To, o čem se mluví a co se děje v terapii, je důvěrné, proto o tom mimo terapii nemluvíme.  
Toto pravidlo platí trvale, pro všechny členy;*

- *Pravidlo práva říci STOP.*

*Nemůže-li některý z účastníků terapie něco hned otevřeně a upřímně sdělit, má právo říci "stop" a nemluvit o tom. Ke sdělení pak využije první příležitost, kdy to bude možné;*

- *Pravidlo zodpovědnosti k sobě a ostatním členům komunity.*

*Členství v komunitě vyžaduje vzájemnou ohleduplnost a respektování základních pravidel společenského soužití. K nim patří respekt k soukromí, k intimitě a autonomii každého člena;*

- *Pravidlo dodržování organizačních pravidel.*

*V komunitě budu dodržovat základní organizační pravidla: dochvilnost a omluvu v případě neúčasti, plnění dohodnutých doporučení, v průběhu terapie se nejí ani nepije, sezení mohu opustit jen po oznámení v případě nutnosti;*

- *Pravidlo nevedení toxických řečí.*

*V terapii nepovedu záměrně řeči vyvolávající bažení a touhu po droze (Oddělení S7, n.d. p. 8).“*

R3 – Roman nebyl v souvislosti s pravidly spokojený s tím, že oddělení omezuje používání telefonů: *".... spíš mi nevyhovuje systém telefonů, že si můžu zavolat jen párkrát týdně, a ještě na to dávat speciální požadavek a zdůvodňovat to. Někdy se nic neděje, ale někdy se to nakupí a potřeboval bych udělat 3, 4 hovory, to bych pak musel dát revers a vyřešit to osobě... asi je to taková duchovní očista..."* Roman nevlastní mobilní zařízení, proto musí telefonovat z pevné linky na vyšetřovně, jejíž provoz má svá specifická pravidla. Tuto možnost mají všichni pacienti, nejvíce ji využívají lidé v prvním stupni léčby, jimž je mobil z terapeutických důvodů odebrán. „Terapeutické důvody“ znamenají zapojení se do léčby a soustředění se na sebe sama. Od druhého stupně léčby je možné užívání vlastních mobilních zařízení ve vyhraněném čase osobního volna a vycházek, během terapeutického programu a od večerky do budíčku musí být přístroj vypnutý. Užívat na oddělení vlastní počítač, tablet apod. není dovoleno, rovněž kvůli odvádění pozornosti od terapie. Pro vyřizování praktických věcí, jako je bydlení, zaměstnání, doléčování, platby atd. slouží počítač na oddělení (Oddělení S7, n.d.) V souvislosti s používáním mobilů by bylo vhodnější, kdyby se více energie věnovalo edukaci pacientů, jaké ohrožení jim mohou telefony přinést a co dělat v případě, že mají s přítomností mobilu problém. Mobilní telefon u sebe bude mít většina pacientů stále, i po léčbě, terapie jejich odebráním mi proto nepřijde přínosná.

R1 – Honza jako jediný zmiňuje systém terapeutických bodů, který má s pravidly spojený: *„Trestný body občas taky dostanu, ale teď už míň, na začátku to bylo často, naučil jsem se v tom chodit a vim, co si ke komu můžu dovolit.“* Personál používá označení terapeutické body, ale patrně vzhledem k tomu, že jsou jen záporné, pacienti o nich mluví jako o trestných bodech<sup>21</sup>. Poznámka R1 – Honzy také naznačuje, že někdy nemusí jít ani tak o to pravidla bez rozdílu dodržovat, jako spíš o to vědět, kdy a kde je možné je obejít. Tuto strategii

---

<sup>21</sup> Viz kapitola 3.2.



používají závislé osoby často i v osobním životě a pokud jim pravidla léčby svým přístupem umožňují v něm pokračovat, nejsou dobře nastavena. Respondenti se neshodli na jednom pravidle, které by jim z nějakého důvodu vadilo. Jednou zaznělo nevyhovující pravidlo o zákazu telefonování a stejně jako v bodě č.1 *Terapeutický program* bylo zmíněno „nesmyslné“ chození na minutu přesně. Pravidla jdou ruku v ruce s bodovým systémem, který také jeden z respondentů zmínil. Bodový systém je na oddělení jediná objektivní možnost kontroly toho, jak se pacientovi v léčbě daří. Jedná se o hodnocení z hlediska výkonu, nezahrnující další úhel pohledu z hlediska terapie, a ještě k tomu upozorňuje jen na to negativní, co se pacientům nedaří. Žádný z respondentů však nastavený proces při rozhovoru nereflektoval. Dva respondenti mluvili o pravidlech, týkajících se zákazu sexu, agrese a toxických řečí. Na pravidle týkající se telefonu a mobilních zařízení je vidět, že se oddělení snaží určitým způsobem vyhovět požadavkům, které dnešní doba na pacienty v tomto směru má. Telefon již neslouží jen k telefonování, ale i k platbám a dalším existenčním záležitostem, proto mají dovoleno jej ve svém volném čase celkem bez omezení používat. Z hlediska terapie závislosti je nutné pacienty edukovat o rizicích internetu a sociálních sítí. V řádu jsou pouze informace o odvádění pozornosti od terapie.

### 6.3. Komunita

R1 – Honza mluvil o tom, jak mu pomáhá přítomnost ostatních, kteří s ním jsou v komunitě, v čem jsou pro něj důležití: „*Chci tady s lidma vycházet dobře, hodně se od ostatních učim, i od těch starších, co mi na začátku byli k smíchu. S pár lidma bych chtěl zůstat v kontaktu i po léčbě, mam v nich oporu, držej mě, když je mi blbě. Jasně, že mi někdo leze krkem, ale i takový venku budou, mužu se tady aspoň naučit s nima mluvit, aby mě tak nenaštvali a zase jsem se nedostal do potíží, že jsem byl na někoho hnusnej*“. Ve své odpovědi zmiňuje některé účinné faktory terapeutické komunity, jako je podpora, sociální rehabilitace nebo sociální učení. Podobně o komunitě smýšlí i R4 – Václav, který se před ústavní léčbou snažil svou závislost neúspěšně dostat pod kontrolu na individuální psychoterapii a má tu zkušenost, že i sebelepší terapeut mu nemůže poskytnout to, co ten, který si prošel podobnou zkušeností: „*.... dřív jsem chodil k psycholožce, ta byla hodná, ale nikdo mi nerozumí tak jako ten, co je na tom stejně nebo podobně... hodně se bavíme i mimo programy, z něčeho si děláme srandu, to taky dost pomáhá, když mi to už tady leze na mozek...*“ Slova respondenta potvrzuje i Reading & Weegmann (2004), kteří uvádějí, že v léčbě závislosti je pro klienta vhodnější absolvovat spíše skupinovou než individuální hned z několika důvodů. V individuální terapii mohou mít závislí problém navázat hlubší terapeutický vztah, nehledě na to, že nemohou čerpat z osobní zkušenosti ostatních. Ve skupinové terapii se mohou cítit bezpečněji, individuální terapie je může odradit její intenzitou, na kterou nejsou připraveni.

Komunitní programy oddělení mají různou náplň a jejich výhodou je, že zatímco na skupině je komunita rozdělená, tyto programy probíhají za přítomnosti všech jejích členů. Každý den probíhá komunitní setkání všech pacientů s terapeutem, na kterém se probírají žádosti nebo změny. Pacienti mluví o své léčbě a svém prožívání, co zažili, na co mysleli a jak se cítili předchozí dny. Jednou za týden je postupová komunita, kde pacienti žádají i postup do dalších fází léčby. Hodnotí její dosavadní průběh, zamýšlí se nad konkrétními otázkami své závislosti a hovoří o cílech do další fáze. Získávají zpětnou vazbu od komunity i terapeutů, na čem je jim doporučeno zapracovat nebo co změnit. Jedná se o kritické zhodnocení jejich dosavadní léčby. Jediným prostorem, kde mají pacienti získat nějakou reflexi ke svému negativnímu chování, na které byli upozorněni zápornými body, je hodnotící komunita. V ideálním případě by zde měl být prostor podrobně rozebrat, zda se toto chování opakuje, zda je to i mimo léčbu, s čím může souviset apod. Na celou komunitu, která má často plný počet, tj. 38 pacientů je ale vyhrazeno jen 1,5 hodiny, tudíž na podrobný rozbor není čas. Větší prostor je bohužel věnován počítání bodů jednotlivců i skupin, jelikož když se body dávají po 0,3, zabere jejich sčítání více času. V programu nazvaném jako samořídící komunita mají pacienti možnost se sejít bez přítomnosti personálu. Domlouvají se zde výlety a další akce, například náplň tzv. keslu, aktivitě, která je rovněž v režii pacientů. Probíhá jednou týdně večer a jeho cílem je odreagovat se, pobavit a zasmát. Může se hrát divadlo, soutěžit apod., z této zábavy bývá dost fotografií, které jsou pak používány do kroniky oddělení.

O přínosu komunity pro respondenty nelze pochybovat. Kromě jiného jim pomáhá plnit základní cíl léčby a tou je rozhodnutí abstinovat. V rámci komunity zmiňovali respondenti především spolupacienty, kteří jsou pro ně z nějakého důvodu důležití. Svými výpověďmi otevírají tematiku svépomoci, jako důležitého terapeutického nástroje. V dnešní době sociálních sítí často není fyzický kontakt intenzivní a lidé tak nemají možnost osobní interakce s ostatními, která je nenahraditelná, nehledě na posilování negativních vzorců chování v anonymitě internetu. Fungující komunita na oddělení je proto z hlediska terapie nyní nutná více než kdy dřív.

#### **6.4. Terapeutický tým**

O zkušenosti s léčbou prostřednictvím vztahů v komunitě, která zahrnuje i terapeutický tým, hovořil R2 – Petr v souvislosti se skupinovou tematikou. To, jakou úroveň zrovna skupinová psychoterapie na oddělení má, je podle něj dáno tím, kdo z personálu je na skupině přítomen: *„Někdo si téma na skupinu bere podle toho, kdo tam s náma jde, dopředu to nevíme. Když je tam neoblíbená sestra, nemluvim. Blbý je, když je tam jenom ona nikdo jinej z terapeutů.“* Zajímalo mě, jak je časté, že je z celého personálu na skupině přítomna jen jedna zdravotní sestra a dle respondentova mínění se to stává spíše u odpovědných skupin, kdy je obecně na

oddělení personálu méně nebo při větší nemocnosti. „Neoblíbenost“ sestry je dle R2 – Petra zapříčiněna jejím chováním: „...neoblíbená třeba proto, že hledá všude chyby“. Kromě skupin vnímá R2 – Petr rozdíl mezi sestrami a terapeuty i v jiném programu, např. při postupových komunitách, kde se k progresu pacientů v léčbě vyjadřují všichni přítomní členové personálu: „...když něco řekne sestra, pro někoho to má menší váhu, než když to řekne doktor nebo psycholog. Jasně že víme, že sestra má dlouhou praxi a ví to, ale někdo to bere jako míň důležitý...“ Vliv osobnosti terapeuta na to, jak se pacienti v léčbě cítí vyjádřil R3 – Roman: „...nejlepší je, když má službu sestra Sluníčko, tak jí říkáme, že se na nás směje. Je moc hodná, dá se s ní mluvit, nikdo nechce koukat na něčí votrávenej obličej...“

Respondenti z týmu zmiňovali jen zdravotní sestry, jakožto kontroverzní osoby. Je jich zde mnohonásobně víc než lékařů, psychologů, adiktologů či terapeutů. Některé z nich jsou více kvalifikované, mají různé kurzy, některé dokonce pětileté psychoterapeutické výcviky, i když těch je minimum, jelikož zaměstnavatel jim je často nechce hradit ani na ně přispívat. Některé nemají s pacienty se závislostí ani s terapií samotnou žádnou zkušenost. Také jsou to v největším zastoupení ty, kdo dávají „trestné“ body, jak jim pacienti říkají a ty, které vyžadují přesné dodržování harmonogramu a pravidel. Jejich role není jednoduchá, s pacienty tráví nejvíce času. V této souvislosti je jejich úhel pohledu je pro jiné členy terapeutického týmu velmi důležitý. To, že někteří pacienti vnímají mezi členy týmu takové rozdíly může být dáno i tím, jak spolu jeho členové komunikují, jakou mají týmovou supervizi, jak sami se sebou v týmu jednájí, zda názory zdravotních sester nejsou nevědomky určitým způsobem znevažovány přímo terapeuty. Zdravotní sestry fungují jako celek sami pro sebe a vzhledem k jejich počtu na oddělení (20 a více) může být dost náročné s nimi týmovou supervizi uskutečňovat. Tým je pak rozdělen na dva celky – zdravotní sestry a ostatní pracovníky – lékaře, psychology, adiktology a terapeuty, jejichž počet je mnohem nižší. (Ne)spolupráce terapeutického týmu se na komunitě pacientů zrcadlí a v určitém smyslu může pacienty poškozovat (Kalina, 2013).

Na tomto oddělení, kde nejsou umístěni somaticky ani psychicky výrazně postižení pacienti, by mohla být část zdravotních sester nahrazena jinými pracovníky, i ze sféry sociální práce. Některí pacienti mají často potíže se záležitostmi týkající se státních sociálních dávek, povinného zdravotního a sociálního pojištění, bytových záležitostí apod., v čemž se sami neorientují. Sociální sestra, která je na oddělení jen jedna, zvládne ve své pracovní době pokrýt základní požadavky těch, kteří řeší např. exekuce, soudy atd., ty ostatní si musí poradit sami. Významnou pomocí a oživením terapeutického týmu by mohli být abstinující bývalí uživatelé NL, ex – useři, v roli terapeutů.

## 6.5. Abstinence, doléčování

Ukončení střednědobé ústavní léčby je jedním z pozitivních faktorů pro udržení abstinence, sám o sobě však nestačí. Pokud chtějí pacienti dále abstinovat, a mám za to, že těsně po ukončení léčby to v určité míře chtějí všichni, mohou během ní načerpat praktické rady, jako např. R3 – Roman, který je měl i sepsané v postupové řeči, kde uvažoval, jak se chce po léčbě chránit: „*Udělal jsem si krizový plán, to nám tady doporučujou, když dostanu chuť se napít, abych věděl, co mám dělat. Je tam taková kartička Kamarád, tu mám v peněžence, pak čísla sem a na psycholožku, mít u sebe pořád nějaký nealko, jak nám tady říkáš no...*” Pomůcka, kterou R3 – Roman zmiňuje, pochází z jedné z povinných knih od Dr. Nešpora. Ten tuto motivační techniku doporučuje použít v případě začínajícího bažení. Z jedné strany kartičky z tvrdého papíru mají být napsané výhody abstinence, z druhé strany nevýhody dalšího pití (Nešpor, 2006). Při postupu do závěrečné fáze léčby pacienti uvádějí, že doléčování mají zajištěno a sdělují termín prvního sezení. Podle slov R4 – Václava to však ani tak neznamená, že na něj budou pravidelně docházet: „*...měl jsem problémy s leností, podceňoval jsem doléčování, tomu bych se teď chtěl vyhnout, potřeboval bych pořád nad sebou kontrolu...*”. Na doléčování, které poskytuje oddělení, se pacienti spolehnout nemohou, jelikož 1x měsíčně Klub a 1x za čtvrt roku opakovací léčba nestačí. Mohou to využít jako doplňkový program, ale svého terapeuta nebo svou skupinu si musí hledat sami, v místě svého bydliště. Zmiňovaný Klub abstinujících pořádá oddělení S7 ve svých prostorech a iniciativně, písemnou formou, sem zve všechny bývalé pacienty i s jejich rodinami či partnery. Setkání se koná každou první sobou v měsíci a je na něj vyhrazeno celé dopoledne, trvá čtyři hodiny a více. Po schválení personálem se jej mohou účastnit i aktuálně léčení pacienti oddělení ve vyšších stupních léčby. Na opakovací léčbu jsou pacienti rovněž písemně pozváni. Kromě absolvování komunitního programu od pondělí do pátku mají ještě svůj večerní terapeutický program. Kde vypráví svůj životní příběh zaměřený především na průběh závislosti. Mluví o průběhu léčby, životě po léčbě, jak se jim daří zvládat každodenní problémy bez návykové látky, co jim pomáhá, co nikoli. V případě recidivy hovoří o spouštěcích i zvládnutí recidivy.

I když oddělení nabízí některé možnosti doléčování, pro potřeby pacientů nejsou dostatečné. Navíc ani jeden respondent ve své výpovědi nezmínil, že je plánuje využít. Buď je to pro něj natolik automatické a dané, že o tom nepřemýšlí nebo o ně nemají zájem. Podle primáře oddělení přijede na první opakovací léčbu přibližně polovina pacientů, s dalšími opakovacími pobyty se jejich počet snižuje. Někdy se také stane, že termín opakovací léčby se z různých důvodů ještě posouvá, např. když oddělení nemá volná lůžka nebo když pacient nedostane volno v práci, tím se doba mezi opakovacími pobyty ještě prodlužuje. Ohledně doléčování v místě svého bydliště pacienti často sami uvádí, že jejich finanční možnosti jim nedovolí platit si soukromého psychologa nebo psychoterapeuta, navštěvují tedy nejčastěji přeplněné psychiatrické ambulance, kde mají následující termín nejdříve za měsíc.

Z iniciativy bývalých pacientů vznikla svépomocná doléčovací skupina, scházející se jednou týdně. Na oddělení si pacienti informace o ní předávají a řada ji pak navštíví. Skupina ale nespadá do oficiální nabídky oddělení, a to samo se na ní nijak nepodílí, ani poskytnutím prostor, ani personálně.

## 6.6. Shrnutí

V oblasti č. 1 - Terapeutický program respondenti nejpříznivěji hodnotili skupinové psychoterapie. Jak ale vyplynulo z oblasti č. 4 – Terapeutický tým, respondentům na skupinách vadila opakující se přítomnost zdravotních sester, v roli často jediného terapeuta ve skupině. Lze říci, že přínos skupin pro pacienty je zřejmý, oddělení by však mělo mít lépe zpracované jejich psychoterapeutické vedení. Stejně pozitivně, jako skupiny, bylo hodnoceno komunitní uspořádání léčebného společenství, zejména pro možnost čerpat od starších a zkušenějších pacientů. Z tohoto hlediska by bylo dobré přijmout do týmu ex-usera v roli terapeuta, který na oddělení chybí. V souvislosti s léčebnou komunitou respondenti dále zmiňovali především přítomnost společné naděje, že je možné se změnit. Ve stejném duchu se vyjadřuje Deitch in Kalina (2008), ve své teorii terapeutických komunit, který hovoří o tom, že se klient stává součástí něčeho, co jej přesahuje a tento přesah nazývá společnou vírou a nadějí.

Nastavený časový harmonogram léčebného rozvrhu, spadající do oblasti č. 1, je s menšími obměnami stejný od začátku fungování oddělení. Respondenty byl hodnocen negativně, zejména jeho nesoulad mezi frekvencí aktivit v určité dny. Pravidla oddělení, řešena v oblasti č. 2, respondenti akceptují a s jejich zněním nemají větší problémy. Negativní reakce respondenta se týkala pravidla o telefonování z pevné linky, kterou již většina pacientů ve vyšších stupních léčby nevyužívá. Naopak pozitivně může být vnímáno povolení užívání mobilních zařízení ve vymezené době. Jedná se o nové pravidlo, kterým oddělení reaguje na požadavky současnosti. Obecné výhrady k pravidlům byly spíše k nejednoznačnosti v jejich dodržování, což je v kompetenci terapeutického týmu.

Doléčování, jaké oddělení v rámci svého programu nabízí, není, dle reakcí respondentů, pro současné pacienty dostatečné. Často si nemohou dovolit soukromé terapie a psychiatrické ambulance v dnešní době nejsou kapacitně schopné potřebám pacienta vyhovět. O programu na oddělení S7 v PNK lze shrnout, že v rámci nastavených kategorií odpovídá svým nastavením potřebám současných pacientů pouze z menší části.

Kladně hodnoceny byly 3 prvky programu:

- Skupiny
- Edukace

- Komunita

Negativně byly hodnoceny 4 prvky:

- Režim
- Úklid
- Pravidlo zákazu sexuálních vztahů
- Fungování zdravotních sester v terapii

## 7. Výsledky z Psychiatrické léčebny Červený Dvůr

### 7.1. Terapeutický program

R5 – Tomáš v dotazu na pozitivně vnímané prvky terapeutického programu jmenoval psychoterapeutické aktivity: *"... největší význam v programu přikládám psychoterapeutickým skupinám a arteterapiím. Na člověka tam kolikrát vyleze něco, o čem sám neví. Skupiny jsou třikrát týdně, to je tak akorát."* Psychoterapeutické skupiny v PLČD se dle Debnara (2017) soustředí na pochopení a přeměnu narušených vztahů k druhým lidem, které jsou pro většinu pacientů typické. Skupina má pacientům simulovat obraz společnosti venku, v běžném životě, a díky tomu pak mají možnost v chráněném prostředí nahlédnout na své jednání a jeho dopady. R7 – Stanislav rovněž největší přínos vidí v psychoterapii: *"...ani nevím co bych vyzdvihnul, každý den máme komunity nebo skupiny, i arte, já jsem spíš na ten terapeutický program, kde se řešej problémy..."*. Kalina (2013) uvádí že všechny psychoterapie vychází z toho, že problém pacientů je nejen intrapsychický, interpersonální, ale i vztahový, intersubjektivní či interpersonální. Pro skupinovou psychoterapii je interpersonální rozměr problému zcela zásadní, což je patrné i to, co na tom R7 – Stanislavovi vyhovuje.

Arteterapie probíhá dle Šafránka (2011) na všech odděleních léčebny, kdy s pacienty pracují jednak stálí terapeuti a jednak externisté. Skupiny z každého oddělení se v ateliéru střídají, program trvá půl dne nebo i celý den. Počet členů ve skupině je od 5 do 15 osob, skupiny jsou genderově rozděleny. Každý terapeut má sice svůj osobitý přístup, ale základní postup zůstává podobný. Pacient nejprve vytvoří obraz, buď za metodického výtvarného vedení nebo bez něj, a ten je následně analyzován a interpretován. Do tohoto programu lze začlenit i rodinnou terapii, kdy je vytvářen společný obraz pacienta a člena rodiny.

V souvislosti s terapeutickým programem hovořil R5 – Tomáš i o pracovní terapii, která mu dle jeho slov připomíná život doma a nehrozí tak, že by ztratil pracovní návyky: *„přes den furt něco děláme, to je jako venku, kde musím makat..."* Pracovní terapii zmínil ve své výpovědi i R6 – Pavel: *".... baví mě pracovní terapie, protože se tam můžu naučit něco, co se mi třeba pak bude hodit venku."* Odpovědi respondentů podporují teorii oddělení, která kromě abstinence má za další cíl zapojit pacienty co nejlépe do běžného života, proto základní výplň dne tvoří pracovní terapie, jako součást komplexního terapeutického přístupu. Je důležitá z hlediska struktury týdne a režimu, navazuje na další terapeutické aktivity. Pomáhá rehabilitovat pracovní návyky, učí schopnosti pracovat ve skupině, rovnocenně si dělit práci a pracovní pozice, učí pacienta nést zodpovědnost za provedenou práci, učí sociálním dovednostem. V PLČD je možné pracovat v dílnách, v parku nebo v zahradnictví, podílet se na úklidu léčebny a pomáhat v prádelně a žehlárně. Zdá se, že

pacientům složení programu z pracovní terapie a psychoterapie velmi vyhovuje a mělo by zůstat zachováno.

R6 – Pavel dále zmínil jeden konkrétní prvek programu, který mu nevyhovuje, a to jsou nástupy pacientů, za účelem kontroly ze strany personálu. Časy nástupů nejsou pacientům předem známy, domlouvá se na nich službu konající personál: *"... myslím že lidem nejvíc vadí raní nástupy, dochází tam i nejvíce k prohřeškům, mně to o víkendu taky hrozně vadí, máme nástup nejen ráno, ale i odpoledne, ve dvě, ve čtyři, to znamená, že když si chci jít lehnout, nespím v kuse víc jak hodinu a půl za celý den, a to máme mít volno."* Více informací ze strany programu oddělení nebylo k těmto nástupům poskytnuto, o jejich pravých důvodech se tedy lze jen domnívat. Pacient si je vysvětloval tak, že slouží personálu pro kontrolu, jednak ohledně počtu lidí a jednak ohledně jejich stavu, zda např. neužívají ve svém volnu návykové látky. Četnost kontrol tak, jak ji R6 – Pavel popisoval, patrně není standardní, jinak by volný čas, který se pacienti mají naučit trávit individuálně a zdravě, postrádal smysl.

R8 – Zdeněk se vyjadřoval k aktivnímu trávení času. Cvičí, pracuje na své fyzické kondici, a proto mu přijde vhod, že v PLČD má prostor, čas a motivaci ke cvičení: *"...můžeme tady cvičit, vždycky jsem chtěl dobře vypadat, akorát poslední roky se mi to moc nedařilo. Tady aspoň zase můžu navázat, kde jsem přestal. Zvyšuje mi to sebevědomí, když vidím, jak se zlepšuju, že mám větší sílu nebo že jsem zhubnul."* Tím, že léčebna pacientům umožňuje ve svém areálu věnovat se sportu, motivuje je k aktivnímu pohybu nenásilnou formou. Někteří lidé jsou na sport zvyklí a berou ho jako samozřejmou součást života, i když zrovna aktivně užívají návykové látky, jiní nebyli ke sportu nikdy vedeni a samotné by je nenapadlo jej provozovat. Sportovně aktivní členové léčebné komunity je mohou motivovat. Cvičení má pozitivní vliv na psychickou i fyzickou stránku, např. na zvýšení sebevědomí, jak popisuje R8 – Zdeněk. U léčby závislostí má navíc tu výhodu, že navozuje příjemný stav bez užití drogy. Zároveň se často jedná o skupinovou aktivitu, která podporuje vztahové vazby a poskytující sociální podporu (Prunerová, 2019).

Z terapeutického programu hodnotili respondenti jako nejlepší psychoterapeutické skupiny, arteterapie a pracovní terapie. V pozitivním smyslu jmenovali hlavní nástroje léčby v léčebně. Aktuální nastavení léčebného programu tak naplňuje potřeby respondentů. Negativně byl vnímán systém kontroly pacientů. Respondent, který o něm hovořil rozuměl tomuto opatření tak, že se je léčebna snaží chránit, před zavedením drog nebo před nimi samotnými, kdyby třeba chtěli utéct, zrecidivovat apod., což sám shledal na jednu stranu jako absurdní, jelikož léčba je dobrovolná, na druhou stranu poukázal na to, že někteří mají problém se zákonem a v léčebně se mohou „schovat“. Podle informací od respondenta může kontrola ve formě „nástupů“ probíhat skutečně často a je pouze na personálu, kdy se k ní uchýlí. Systém kontroly sebou kromě pozitivní stránky, kterou je ochrana pacientů, nese i tu



negativní, jakou je přebírání odpovědnosti za jejich chování. Kontrolující personál tím na sebe bere roli dozorců, rodičů či jiné autority. Pacienty zase staví do nepříjemné role podezřelých a evokuje v nich dětské chování projevující se vzdorem vůči léčbě a terapeutickému týmu. Množství nežádoucího chování se tím sice může částečně eliminovat, úplně vyloučit ale nelze. Personál tím dává najevo nedůvěru, kterou pacienti sami již ve společnosti zažili mnohokrát. Dalším aspektem je přebírání odpovědnosti za celou komunitu a nedůvěra v samo ozdravný proces, který nemá šanci v komunitě vzniknout.

## 7.2. Pravidla a režim

V souvislosti s pravidly a režimem se respondenti nejvíce vyjadřovali k bodovacímu systému, tedy k trestům, které následují po porušení pravidel. R7 – Stanislav vysvětloval, jak jej mají v PLČD zavedeny: *"...máme kladný i záporný body, kladný se získává prací, hlavně nějakou navíc pro komunitu a tak, záporný pak za neplnění a porušení pravidel. Je lepší si hlídat body průběžně, pak můžete mít problém..."* Tím problémem měl na mysli např. to, že po překročení určitého počtu bodů mají pacienti zákaz vycházek, výjezdů nebo nějakých jiných privilegií. Bodovací systém s kladnými body je v léčbě přínosnější než bodovací systém zahrnující pouze body záporné. Prostřednictvím kladných bodů se posiluje žádoucí chování (Mladá & Kalina, 2015). Pouze záporné body upozorňují na nevhodné chování, a mohou podporovat obranný systém odčiňování. R5 – Tomáš si v souvislosti s body vzpomněl na spolupacienta: *"...někteří pacienti se vztekají, máme tedy třeba pána, který hodně zapomíná, je starší, asi má sklerózu, v době úklidu si jde udělat kafe, protože on má uklizeno, ale do konce programu zbývá ještě půl hodina, snažím se ho kontrolovat, ale ne vždy to jde, pak dostane bod a je naštvaný..."* Pomáhat si navzájem nebo pomáhat nezištně někomu není něco, co by bylo napsáno v pravidlech. Tomáš tuto skutečnost nezmiňuje proto, aby se ukázal v lepším světle, spíše tím chtěl vyjádřit, že bodovací systém není pro každého. Je řada pacientů, kteří nejsou schopni stanovená pravidla plnit a počtem záporných bodů pak spějí k vyloučení z léčby. Pokud tato neschopnost souvisí s osobnostním nastavením či má nějaký jiný, např. organický důvod, nejedná se o projev závislostního chování, lze takové pacienty přeradit na oddělení 3D s méně intenzivním programem a nižšími požadavky. Chování členů komunity k sobě navzájem je výsledkem řady procesů, které na sebe navzájem navazují. Pokud R5 - Tomáš vzájemnou pomoc vnímá jako něco automatického, lze konstatovat, že komunita dobře plní svůj účel. Sám o svých bodech říká: *„...mně body nedělají problém, když si za to můžu sám, tak proč bych se měl rozčilovat. Když děláme, co máme, držíme se programu a pravidel, nemusíme se bát bodů."* Pomocí bodů oddělení kontroluje všechna nastavená pravidla týkající se jeho chodu, režimu a každodenního života. Systém bodů, se na první pohled může nově příchozím jevit jako složitý, avšak po jeho osvojení se pacienti v léčbě lépe orientují a dění kolem nich se jeví přehledněji, v čemž vidím jeho výhodu.

V souvislosti s bodovým systémem respondenti zmiňují nutnost dodržování časového harmonogramu programů. R5 – Tomáš říká: *"Ten režim je hrozně potřeba. Jsme závislý lidi a pro ně jiná cesta, než režim není, musí převzít zodpovědnost za vlastní činy."* Jakou má souvislost režim a převzetí zodpovědnosti za vlastní činy Tomáš nedokáže blíže specifikovat. K tématu režimu se vyjadřuje i R8 – Zdeněk, kterému nastavený režim přijde málo přísný: *"...novej trend je zvolňování režimu, bude se to ted' čím dál víc rozmáhat, aby to tady nemuseli zavřít, je to nějaký nařízení z EU."* Sám zažil program, který byl tvrdší a byl s ním víc spokojený: *„Před dvouma rokama, když jsem tady byl v první léčbě, to bylo přísnější, opakovačky, co sem jezděj, maj vytřeštěný voči, co se to tady děje, ale pro ty, co přicházej na prvoléčbu, je to prostě tvrděj režim, to, co tady bylo před 10 nebo 15 lety, to bylo tvrdší. Já to zvolňování nepodporuju, nesouhlasím s tím, mělo by to být tvrdší.* Vzhledem ke svému věku si R8 – Zdeněk nemůže z osobní zkušenosti pamatovat, jaký režim byl před 15 lety. Zmiňuje pacienty jezdící na opakovací pobyty, kteří aktuální režim vnímají jako něco nového, co tady dříve nebylo. Zmírňování režimu a postupné upouštění od direktivně nastaveného programu potvrzuje i ředitel a primář léčebny MUDr. Jiří Dvořáček, který tento směr sám vytváří a podporuje. Je si vědom, že pacientům se tento trend nelíbí a vysvětluje, že pro léčené osoby je velmi pohodlné mít pevný program a režim, nevědomky tím vlastně pokračují v závislostním chování, jen návykovou látku vyměnili za něco jiného. Přísný režim jim umožňuje pasivně plnit požadavky programu, bez přemýšlení nad individuálními potřebami. Zpočátku pro ně je náročný, než si na něj zvyknou, ale většinou to netrvá dlouho a z režimu se stane rutina. Pacienti nemají možnost naučit se zodpovědnosti sami k sobě, jak naloží se svým časem. Z tohoto pohledu se nespokojenost pacientů s mírnějším režimem jeví více logicky, jelikož na ně klade větší požadavky.

R6 – Pavel má s režimem tu zkušenost, že potřebuje mít časový rozvrh, aby mohl lépe fungovat: *"Po první léčbě jsem si vytvořil svůj individuální plán, denní rozvrh, při stresu mi pomáhá, že se držím plánu, není to jenom o tom, ale je to dobrý pomocník. Musel jsem si to tak nastavit i z lenosti, kvůli chutím, snáz se do věcí dokopu, když to mám napsané na rozvrhu."* Souhlasím s výpověďmi respondentů, že denní režim je pro abstinenci důležitý. Každý ale má svou představu o ideálním režimu odlišnou. V léčbě jim režim vyhovuje, jelikož přijali za své něco, nad čím nemusí přemýšlet. Zároveň si ale stejný režim nepřebírají do svého života po léčbě. Jak zmínil R6 – Pavel, musel si nastavit individuální režim, a to je to, co by měla léčba pacienty naučit a o co se také snaží. Ve výsledku se tři ze čtyř respondentů nezávisle na sobě zmiňovali, že jim nastavený režim přijde málo přísný, a vlastně s tím nebyli ztotožnění, což se může na první pohled jevit jako velmi překvapující. Kromě bodovacího systému a režimu zaznělo v rozhovorech ještě pravidlo týkající se intimních vztahů mezi pacienty, a to od R6 – Pavla. On sám s jeho zněním souhlasí, i když osobní zkušenost s léčbou v jiné nemocnici, kde je pravidlo nastaveno jinak, nemá: *„...vztahy tady nejsou zakázány jako jinde, sice nám je nedoporučujou, že to odvádí od*

*programu a ty dva pak řeší jen sami sebe, ale zakázaný to není. Mně to připadá v pohodě, protože i když byly zakázány, tak se to stejně dělo, teď maj aspoň povinnost o tom mluvit.“* Zrušením zákazu tohoto pravidla tím léčebna vyřešila problematiku vztahů, ke kterým na koedukovaných odděleních či programech v některých případech dochází, jen se o tom nemluví. Ani zde ale neplatí „co není zakázáno, je dovoleno“. Pokud se mezi pacienty vyvine vztah, ve kterém oba chtějí pokračovat, není automatické, že jim vše bude tolerováno a umožněno. Dle výpovědi Pavla jsou pacienti srozuměni s tím, co pro ně případný vztah může znamenat, čím je může ohrozit a je nyní na jejich odpovědnosti, jak budou postupovat.

### 7.3. Komunita

Téma bodovacích systémů se v rozhovorech prolínalo s tématem komunity. R5 – Tomáš zmiňuje, jak se staví k rozdávání bodů ostatním: *„.... největší nepřítel v komunitě je falešná solidarita a když přesáhne určitou úroveň, je to fakt pak neúnosný, komunita se rozbouří. Tuto zkušenost sám nezažil, ale slyšel o ní. Dále vychází ze svého zážitku, kdy byl v roli předsedy komunity: „.... když jsem třeba předseda a někoho uvidím na cigáru a je tam sám, řeknu mu, hele típni to, nic jsem neviděl, ale když tam bude za pět minut znova, tak už mu to napálím a to samý se stane, když jsou okolo další lidi, to mu to musím napálit rovnou, jinak ztratím autoritu a byl bych ostatním pro smích. Je to jako v práci, nemůžete být na každého hodnej.“* Postup, který sám poznal, nelze nazývat „falešnou solidaritou“, když jako důvod pro to, že dá někomu záporný bod je hlavně to, aby sám neztratil před ostatními tvář. Spíše to dělá proto, že se to od něj a jeho aktuální funkce očekává než proto, že by byl sám za sebe přesvědčen, že je to správné. V každém případě je jeho chování v komunitě odrazem toho, jak vnímá a hodnotí okolní svět, což by mohlo být dobře využito v terapii. O komunitě se zmínil ještě R7 – Stanislav, když rozebíral roli terapeutů a jiných pacientů v terapii. Hovořil o tom, co kdo může nabídnout: *„... ne všechno se mi chce rozebírat se sestrou. I když hierarchie je důležitá, někdy mě líp pochopí ten, kdo má stejnej problém.“* Je zajímavé, v jakém kontextu použil slovo hierarchie. Personál tím staví na vyšší příčce než spolupacienti v komunitě. Tato hierarchie může být vnímána v souvislosti s mocí. Tu má ten, kdo určuje pravidla, kdo je kontroluje a kdo hodnotí jejich dodržování.

Respondenti sice v souvislosti s komunitou nehovořili o svém subjektivním prožívání, kde by hodnotili, jak se v komunitě cítí, ale i tak svou výpovědí poskytli obrázek toho, jak komunita funguje. Uvedli některé účinné faktory, které v komunitě nacházíme a které mohou být pro další terapeutickou práci s pacienty přínosné. Komunitu, která poskytuje svým členům nekritické, vše přijímající prostředí, nelze nazývat léčebnou, jelikož v ní nedochází k potřebným interakcím, odhalujícím neúčinné vzorce chování, ani k simulaci venkovního prostředí. Rovněž komunita, ve které panuje neustálé napětí, není pro terapii

vhodná. Sestavení léčebného společenství do komunity je něco, co je v léčebně zachováno od dob jejího založení a dle výpovědí respondentů nadále plní svůj účel.

## 7.4. Terapeutický tým

R5 – Tomáš hovořil o tom, že v programu má nejraději skupiny a arteterapii. Kromě toho ještě zmínil v podstatě velmi malou část ze všech aktivit a tou je pravidelné setkávání s primářem léčebny. Z jeho výpovědi je patrné, že nejde o to, co se na programu děje, jako o pocit důležitosti, kompetentnosti a podpory, který díky němu pacienti získávají. Nemalý význam na tom jistě má osobnost primáře a terapeutický vztah, jaký je schopen s pacienty navázat: *".... v programu se mi líbí porada předsedů u primáře, jednou za týden, řeší se tam, co se v komunitě děje, my to probereme s ním, on pak s terapeuty a tím se dá předejít komplikacím včas. Navíc má pohled od pacientů, ptá se, jaký máme plány, nápady, jestli něco nefunguje, jestli bylo nějaký nespravedlivý hodnocení od personálu, co si kdo nezasloužil, prostě máme volnej prostor se vyjádřit a primář nás poslouchá, to je super."* Nezávisle na Tomášovi se o této poradě zmínil i R8 – Zdeněk: *"...třeba mě baví, když jsme na přednášce u primáře, hodně se toho dozvim a baví mě to, říká to srozumitelně, mohlo by to být častěji."* Pro pacienty je evidentně velmi důležité, že jejich názor primáře zajímá a že jim naslouchá. Získávají tím naplnění základní potřeby přijetí a bezpečí. Zdeněk by si tuto aktivitu dovedl v programu představit častěji, její frekvenci se mi však nepodařilo zjistit, stejně jako žádné další informace o těchto setkáních, jen že se jedná o poměrně čerstvou záležitost. V této souvislosti by byl zajímavý pohled i ostatních členů terapeutického týmu, či jak se např. postupuje v případech, že si pacienti stěžují na konání nějakého terapeuta či sestry. Na jednu stranu je tohle něco, co by se standardně mělo řešit v rámci komunity na pravidelných setkáních, na druhé straně se děje, že k tomu často pacienti nenaleznou odvahu nebo na to není prostor. Pozitivní je, že ten, kdo je z větší části tvůrcem program, jako prim. J. Dvořáček, žádá zpětnou vazbu od pacientů, kterých se program nejvíce týká. Pacienti tak mají možnost diskutovat i o pravidlech, se kterými nesouhlasí nebo kterým nerozumí. Do určité míry jsou tak sami autory terapeutického programu na oddělení, což je ve střednědobé ústavní léčbě závislostí ojedinělé.

R7 – Stanislav hovořil o tom, že pochopil, jak se má chovat, pokud chce dobře vycházet se zdravotními sestrami v léčebně. Subjektivně je vnímá kladně, má k nim důvěru: *"...s personálem si to chce vypěstovat vztah, hlavně se sestrama, jsou tady s náma furt, ale jsou vstřícný, můžu za nima jít, když mam problém."* Zdravotní sestry jsou důležitou součástí týmu. Na oddělení jsou přítomné 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, a proto mohou být zdrojem cenných informací k chování pacientů mimo hlavní terapeutický program. Tyto informace pak lze použít do terapie či další léčebné intervence. Pozitivní vnímání zdravotních sester je důležité i pro to, jak se pacienti na oddělení cítí a jak svůj pobyt v léčbě vnímají. S terapeuty

jsou při terapiích, s lékaři při vizitách a vyšetřeních, ale v běžných činnostech jsou to právě sestry, s kým jsou v nejužším kontaktu.

## 7.5. Abstinence, doléčování

O svém doléčovacím plánu hovořili dva respondenti. R8 – Zděnek shrnul obecná pravidla, kterými se chce nadále řídit a pak svá předsevzetí, která si v léčebně dal: *"...základní pravidlo abstinence, to je jasný, pak pravidlo suchý domácnosti, potom dál budu chodit běhat a taky se budu snažit vstávat mezi osmou až devátou ráno..."* Je pozitivní, že se vyjadřuje ve smyslu, co on sám bude dělat, co má v plánu, místo toho, aby se řídil tím, co po něm budou vyžadovat okolnosti. Zmínil, že pravidlo suché domácnosti je v léčebně často připomínáno, proto ho řekl a že on sám by si nedovedl představit, kdy by měl žít s někým, kdo by to netoleroval a doma alkohol měl. U abstinence orientované léčby ani není jiná možnost. R7 – Stanislav vyjádřil vzhledem k brzkému opuštění léčebny obavy z nepřítomnosti autority, která by na něj dohlížela: *"Nikdo mě tam kontrolovat nebude, musím si s tím poradit sám, na skupiny budu chodit, ale to je jednou tejdě. Udělám si program na ten tejdě a ten budu dodržovat. Některý věci sou daný, práce a tak, spíš víkendy budou horší... na každě si musím něco najít, abych se nenudil."* Stanislav naráží na skutečnost, že žije sám, má sice přítelkyni, ale ta bydlí jinde. Hovoří o tom, že na víkend si musí něco najít, ale jeho odpověď je velmi nekonkrétní a lze podle ní usoudit, že zdaleka nemá ujasněno, co by to mělo být. V tom, co říká, znovu naráží na problematiku kontroly, která již byla řešena v jiné oblasti programu. Pacient funguje dobře v prostředí, kde kontrola je. Jakmile není, nemá osvojeny strategie, jak zvládnout abstinovat bez ní.

## 7.6. Shrnutí

Z komplexního programu střednědobé ústavní léčby byly respondenty nejlépe hodnoceny psychoterapeutické aktivity, zahrnující skupiny a arteterapie. Dalším subjektivně významnou součástí programu byla pracovní terapie, která aktuálně v PLČD zahrnuje značnou část léčebného času. V souvislosti s pravidly v bodě č. 2 hovořili respondenti o bodovacím systému a o pravidle upravující sexuální vztahy. Nelze jednoznačně říci, zda bodový systém sami vnímají pozitivně či negativně. Jedná se o určité schéma, které zde existuje řadu let a zatím neprošlo výraznými obměnami. Z výpovědí lze shrnout, že body jsou něco, co pacienty v určitém smyslu obsazuje, přemýšlí nad tím, komu bod dají, komu má být udělen, za jakých podmínek apod., v jistém smyslu tento systém vnímají jako nástroj moci a manipulace. Pravidlo o sexuálních vztazích, které je přímo nezakazuje, patří k těm novějším. Nejedná se ani tak o pravidlo, jelikož pravidlem by bylo v případě, že by bylo zakázáno. Přesto o něm pacienti jako o pravidle smýšlejí a sami hodnotí pozitivně, že díky

jeho zrušení je možné mít komunitu více transparentní. V rámci oblasti č. 4, související s terapeutickým týmem, pacienti nejvíce kladně hodnotili setkávání s primářem a ředitelem léčebny.

Negativně hodnocenými body programu byl systém kontrolování pacientů, který byl rozebrán v bodě č. 1 program a režim. U něj je překvapující, že pacienti si stěžovali na jeho mírnost, ne na jeho přísnost. Vysvětlení bylo poskytnuto primářem a ředitelem J. Dvořáčkem, v bodě č. 2. Na základě uvedených výsledků z rozhovorů respondentů lze shrnout, že aktuálně nastavený léčebný program z větší části reflektuje potřeby dnešních pacientů.

Pozitivně hodnoceno bylo 5 prvků programu:

- psychoterapeutické skupiny
- arteterapie
- pracovní terapie
- možnost sexuálních vztahů
- porada u primáře

Negativně respondenti ohodnotili 2 prvky:

- systém kontroly
- mírnost režimu

## 8. Výsledky z Psychiatrické nemocnice Bohnice

### 8.1. Terapeutický program

R9 – Jiří uvedl, že nejvíce ho oslovují programy, kde může poslouchat příběhy těch, kteří byli v PNB v léčbě, řádně ji ukončili a teď dlouho abstinují. Někdy pocituje vztek sám na sebe, že zrecidivoval, ale celkově ho tyto programy naplňují nadějí a pokorou: *"...mám rád, když mluvěj opakovačky, mám pak lepší pocit, že se to dá zvládnout, i když už jsem tady poněkoliť. Taky je dobrý, když opakovačky choděj na skupiny, dost si od nich беру."* Terapeutické aktivity, kdy mají hlavní slovo závislí, kteří úspěšně abstinují, mají podobný význam, jako svépomocné programy. V terapii závislostí je tento způsob intervence považován za jeden z nejúčinnějších nástrojů. Zapojení bývalých pacientů do procesu léčby je přirozené a v mnoha organizacích, zabývajících se abstinencí od návykových látek i hodnoceno jako prospěšné (Vobořil & Kalina, 2003). Na skupinové terapii mohou být bývalí pacienti přínosem v dodávání podpory, naděje a v umožnění jiného pohledu na léčbu, s odstupem času. Pro ně samotné může být posilující fakt, že jsou schopni ostatním pomoci, i si zde mohou uvědomit svůj progres od ukončení léčby. Případně, pokud jim zvládnutí abstinence dělá potíže, mají zde prostor k dalšímu řešení. Obě jmenované náplně programu, jak opakovačky, tak skupiny, jsou v léčbě na oddělení již řadu let, jedná se o základní nástroje léčby a jak je z odpovědí patrné, nadále svou funkci plní.

O skupinách, jako o nejprínosnějším programu, hovořil i R12 – David: *"...psychoterapie je nejlepší, myslím jako skupiny, z toho si беру nejvíc, co tam lidi říkaj. Klidně bych měl víc skupin a míň práce na oddělení, to mi přijde zbytečný."* O uklízení se vyjadřuje v souvislosti s negativním způsobem trávení času v léčbě. Má pocit, že úklid oddělení mu nemůže nikdy dát to, co skupinová psychoterapie: *"... proč tady mám mejt okna, co mi to dá??"* Úklid je v léčbě dáván do souvislosti s pracovní terapií. Údržbu oddělení si pacienti zajišťují sami pod dohledem sester, kterým předává hotový rajón. Kromě práce na oddělení se pracovní terapie skládá ještě z práce v zahradnictví, práce na statku a výpomoc léčebně při provozu. Mezi funkce v pracovní terapii patří i nákupčí, služba v kuchyni na oddělení či pochůzkář. Naopak pozitivně se o pracovní terapii vyjadřuje R10 – Milan: *"... chodím často do dílen .... taky mě baví pracovní terapie, když jsem v zahradě, vidím za sebou hotovou práci a mám se i čím pochlubit manželce"*. Lze říci, že pacienti na pracovní terapii baví to, že je smysluplná. Také snadno rozpoznají výsledek a kvalitu odvedené práce. Pracovní úkoly jsou odstupňované podle fází léčby, od jednodušších po složitější a s větší odpovědností. I na této hierarchii mohou pacienti pozorovat svůj posun v léčbě. R10 – Milan ve své odpovědi dal dohromady pracovní terapii i činnostní terapii, která v PNB zahrnuje ještě centrální terapii, další chráněné dílny (dřevařská, papírenská, keramická, košíkářská a další), arteterapii nebo biblioterapii (Urbancová, 2014).

R11 – Martin si stěžoval na přísnost terapeutického programu, kterou na první léčbě nezažil v takové intenzitě. Kromě nutnosti chodit všude včas jmenoval i několik záležitostí, které mu přijdou absurdní: *„Režim a program moc nezvládám, dělá mi to problém. Nejhorší je dodržování časů přesně na minutu. Ted' tahle léčba je asi nejprísnejší, přijde mi přitažený za vlasy, že tady máme šachy, ale kvůli programu je můžeme za den hrát jen hodinu, podle pravidel musíme hru ukončit v půl osmé večer, nerozumím tomu, proč je nemůžu hrát do večerky v deset, občas mám potíže s tím, že věci v programu, co tady jsou zajetý, jsou někdy nelogický, ale musej se dodržovat právě proto, že to bylo někdy někým zavedený.“* Když Martin hovořil o režimu a jeho dodržování, několikrát zopakoval, že něčemu nerozumí, že mu to nedává smysl a že má pocit, že pravidla jsou zastaralá. R11 – Martin je typem pacienta, který i v pokročilém stupni léčby přemýšlí nad smyslem pravidel a vadí mu, když ho nenachází. Problém ani tak není v tom, že pravidlo existuje, jako spíše v tom, že není nikdo, kdo by ho vysvětlil, případně reagoval na potřeby a připomínky pacienta, na jejichž základě by bylo možné o pravidle dále diskutovat. V programu neexistuje prostor, kde by se mohli pacienti vyjadřovat ke své léčbě a tím se na ní iniciativně podílet.

R10 – Milan hovořil o pracovní terapii jako o pozitivním z programu. To, co naopak vnímá jako negativní souvisí s venkovním prostorem, na kterém se může samostatně pohybovat. Nerozumí tomu, proč je tento prostor tak omezený: *„...pořád máte někoho za zadkem, ani u ty zahrady nikdy nevíte, jestli tam budete moct jít.“* Naráží na systém samostatných vycházek. Samostatně se nesmí procházet po areálu nemocnice, pouze pokud má konkrétní cíl, např. centrální terapii nebo nějaké vyšetření mimo oddělení. Pokud se chce jen projít, musí jít ve skupině s personálem, a to mu vadí, chápe to jako značné omezení. Jedná se o další pravidlo, které nedává smysl nebo které není dostatečně vysvětleno. Areál bohnické nemocnice je velmi rozlehlý a má formu parku. Procházky v něm využívají i lidé z okolí, kteří nespádají mezi pacienty nemocnice. Volné procházky pro pacienty by mohl by to být jeden z faktorů, díky kterému se zde budou cítit lépe a nemocnice tak bude působit vstřícněji. R10 – Milan dále zmiňoval zahradu. Ta je k dispozici hned u pavilonu 35, ale je čistě na rozhodnutí personálu, zda tam pacienty pustí nebo ne. Když už pacienti mohou tohoto privilegia využít, v řádu mají popsané, co na zahradě mohou nebo nemohou dělat, dokonce kam ne(mají) šlapat. Systém nařízení působí, jako by se pacienti stali dobrovolně vězni, kteří o sobě nemohou rozhodovat, protože kdyby jim to bylo dovoleno, rozhodli by se špatně. Tento způsob terapeutického vedení, založený na zákazech a příkazech nepodporuje autonomii jedince ani rozvoj jeho osobnosti, o působení na jeho sebedůvěru nemluvě. Personálu naopak dává do rukou nástroj k manipulaci a zneužití moci.



## 8.2. Pravidla a režim

R9 – Jiří má na léčebná pravidla svůj názor. Myslí si, že nikde na světě by to bez nich nefungovalo. Sám se také někdy pravidly neřídí, ale je to spíš z lenosti. Říká, že doma pravidla určuje manželka, tady personál. Ne vždy s nimi souhlasí, ale vychází z toho, že je musí plnit: *"... zaměstnání má taky svoje pravidla, všude vás mění k obrazu svému, když nezapadnete, buď odcházíte nebo jste odejit. Já ty pravidla chápu tak, že musí být, aby lidi věděli, co mají dělat, jak se mají chovat. Bez nich to nejde, i když ne vždycky mi vyhovují."*

R9 – Jiří patří k těm, kteří se s pravidly oddělení ve větší míře sžili a příliš nad nimi nepřemýšlí. Jeho přístup bude patrně obecně pasivnější, když doma se řídí pravidly, které mu také někdo nastaví, v tomto případě manželka. Pokud má někoho, kdo je ochoten mu pravidla dávat a kontrolovat jejich dodržování i po léčbě, nemusí se učit větší samostatnosti, o kterou třeba ani nestojí. Na druhou stranu, třeba by si pravidla představoval jinak, ale není schopen se prosadit. Nejde mu to doma, natož v léčbě, která k tomu ani nenabízí možnost.

Na dotaz, co mu z pravidel „leze na nervy“ sděluje, např. deník, že ho musí psát každý den a v určenou dobu: *„Někdy nemám náladu se vypisovat, už jsem za to dostal napomenutí, že píšu krátce. Kdybych mohl psát kdy chci, dávalo by to větší smysl.“* Minimální rozsah denního písemného projevu je 5 řádků, což zase není tolik. Pacienti si tam mají zaznamenávat vlastní myšlenky a pocity. Může jít také o záznamy týkající se událostí v komunitě, v jednotlivých programech, v soužití mezi pacienty v komunitě, ale také týkající se pacientovy minulosti i budoucnosti. Důležité je, aby psali o sobě, případně i o tom, co třeba nechtějí říkat nahlas. Deník může jako terapeutický nástroj sloužit i ke každodennímu kontaktu pacienta se členy týmu, kteří deník čtou. Informace, proč je práce s deníkem pro pacienty důležitá je celkem srozumitelně uvedena v řádu oddělení, a věřím, že zrovna tohle pravidlo tak, jak je tam vysvětleno, by mohlo pacientům dávat smysl. Respondent si ani tak nestěžoval na samotné psaní, jako na to, že je nucen psát o niterním prožívání ve chvíli, kdy se na to necítí naladěný. Je škoda, že pacienti pak často píšou jen aby něco napsali a nebyli trestáni za to, že to nesplnili, místo toho, aby skutečně psali o tom, k čemu deník slouží. Při správném vedení se skutečně může jednat o velmi důležitý léčebný nástroj, jehož potenciál je kvůli tlaku na termín potlačen. Důležitost oživení písemného projevu můžeme vyzdvihnout i v souvislosti s dnešní dobou, kdy ruční psaní řada pacientů v běžném životě příliš nepoužívá, z důvodu práce na počítači a psaní na mobilních telefonech.

Množství písemného projevu se nelíbí ani R10 – Milanovi: *„...nejhorší je psaní elaborátů, nikoho to moc nebaví, ale pro mě je to hrozný“*. Když si má písemný projev připravit, pomáhají mu s tím někteří členové v komunitě. Ta mu pomůže i se čtením povinné literatury, aby věděl, o co jde a mohl odpovídat na dotazy personálu. Pacienti musí číst povinnou četbu, která mimo jiné zahrnuje tituly jako Bažení, Anonymní Alkoholici, Jak překonat problém s hazardní hrou, alkoholem a drogami (3 knihy). Vše od MUDr. Nešpora. Pro vyplnění času

jsou pacientům jsou pacientům zadávány povinné úkoly, elaboráty a hráčské elaboráty i na víkendy. Pokud se pacienti účastní přednášek personálu, jsou povinni napsat elaborát z přednášky, který rovněž odevzdávají. Rozsah elaborátů jsou standardně 2 strany linkovaného papíru A4. Témata elaborátů, které je třeba pro řádné ukončení léčby postupně zpracovat, jsou vyvěšena na nástěnce a mají posloupnost, kterou je nutné zachovat (Oddělení 35, n.d.). Požadavky, které jsou na pacienty v tomto smyslu kladeny, jsou náročnější. Ne každý je pro tento typ úkolů dostatečně vybaven a pro pacienty, jako je R10 – Milan, to pak nemá větší význam. Jak sám říká, aby vyhověl požadavkům oddělení, de facto podvádí, protože se nejedná o jeho samostatnou práci. Systém ho pak nepřímo nutí do chování, které by sám označil, jako patologické. Pro lidi, které to baví a kteří si díky tomu více informací zapamatují co jistě smysl má, nicméně jejich počet v léčbě si netroufám odhadnout. Témata elaborátů, které mají pacienti povinnost psát, se opakují stále dokola a dochází k jejich opisování. Tato forma terapie pak ztrácí svůj smysl. Pacienti píšou z donucení, co mají napsat opisují, nepřemýšlí nad tím, dělají to proto, aby splnili úkol a nedostali body. Terapeuti pak ztrácí čas čtením elaborátů, které o pacientovi samotném nic nevypovídají. Dalším nelogickým krokem je, že všechny elaboráty musí pacienti odevzdávat a ty pak zůstávají v jejich složce na oddělení, kde už si je nikdy nikdo nebude číst. Dávalo by větší smysl, kdyby si je mohli nechat, aby si popsaná témata připomněli, až to budou potřebovat.

K systému pravidel se pak R10 – Milan vyjadřuje tak, že mu dávají smysl: *"Pravidla jsou promyšlená, někomu se to nemusí líbit, třeba ani mně, ale mám možnost se rozhodnout, jestli je přijmu nebo odejdu. Zajímá mě, zda je i nějaká možnost změny pravidel, na to odpovídá, že určitě ne: „Jednou pravidlo existuje a nemá cenu argumentovat. Chovej se podle pravidel a bude to ok..."* R11 – Martin chvíli o pravidlech přemýšlel a pak uvedl pravidlo týkající se telefonů, které mu zpočátku hodně vadilo, ale postupně došel k tomu, že má svůj smysl: *"Pravidlo s telefonama mi už nevadí, přišlo mi to nenormální, ale souvisí to s řádem a přijetím léčby a došlo mi, že za ty tři měsíce se fakt nic neposere. Hodně mě od léčby odvádělo, co je doma, byl jsem mimo, když se ke mně přestalo donášet venkovní dění, ulevilo se mi. Při dotazu, zda ho netrápí představa, že problémy odejmutím telefonu nezmizely, že stále existují, uvedl, že o tom ví, že ale tady s tím stejně nic nezmůže, musel by dát reverz. Personál ho poučil, že kdyby byl doma, tak by stejně problémy asi moc neřešil, protože by byl opilý, takže je lepší, že je v léčbě a problémy počkají: „...až vyjdu ven, budu to muset řešit, ale tady v tom chráněném prostředí se na to připravuju, s čistou palicí toho vyřeším mnohem víc."* I když u sebe pacienti běžně nemohou mít mobily, telefonování z pevné linky je jim umožněno v době osobního volna a rovněž má svá pravidla. Mobily pacientů jsou po příjmu uschovány u personálu a vydávají se na zvláštní žádost na komunitě. Oddělení pacienty informuje, že cílem omezení kontaktu s vnějším světem je eliminace rušivých vlivů během zapojování nemocného do terapeutické léčby (Oddělení 35, n.d.). Někteří pacienti možnost nemít mobil vítají, pro jiné to může být problém. Jednotné řešení neexistuje, obě možnosti mají své výhody a nevýhody. V tomto smyslu by měli být pacienti také

informování, aby se mohli sami rozhodnout, zda jej chtějí nebo ne, případně toto rozhodnutí během léčby změnit. Ti, kteří jej nechtějí, k tomu jistě mají nějaký důvod, a to, že mobil nemají, jim dovoluje na něj zapomenout. Po odchodu z chráněného prostředí oddělení, kdy už nemají takovou možnost terapeutické intervence a podpory, musí problému čelit sami.

R12 – David zmiňuje spíše pravidla, která narušují to, na co je zvyklý z domova. Ráno je zvyklý se po probuzení nasnídat a dát si kávu, samotného by ho nenapadlo mít před snídaní rozcvičku. Jak sám říká, sport mu nevadí, sportovní aktivity oddělení ho baví, ale cvičit ráno je podle něj hloupost a přežitek: *"...rozcvička mě taky otravuje, normálně se nejdřív nasnídám, dám si kávu, jedu do práce, pak až kouřím. Spousta pravidel mi přijde nenormálních, každý kolem toho brblá, ale všichni to udělají..."* Svou odpovědí naznačuje, že pacientů s podobnými pocity je na oddělení víc, ale že se nikdo neozve, ani on sám. Jak už řekl R10 – Milan, o pravidlech se nediskutuje, nemá to smysl. Na oddělení má skutečně i pití kávy svá pravidla. Může se pít jen jednou denně, a to po obědě (Oddělení 35, n.d.). Podobná pravidla má i kouření cigaret, ale paradoxně jejich užívání je dovoleno mnohem častěji než pití kávy, a ještě k tomu jsou vyhrazeny kuřárny. Sportovní aktivity, které R12 – David také zmiňoval, jsou běžnou součástí léčebného harmonogramu. Všechny, včetně rozcvičky, musí pacienti absolvovat vždy ve sportovním oblečení a sportovní obuvi. Při běhu se musí držet stanovené trasy. Při standardní rozcvičce a kondičním cvičení se naopak běhat nesmí (Oddělení 35, n.d.). Množství pravidel, které oddělení používá je skutečně hodně, až dovádí k hypotéze, že ani sám personál, který vymáhá jejich dodržování, už si je ani všechny nemůže pamatovat.

R12 – David ještě v souvislosti s režimem zmiňuje to, co zaznělo už ve výsledcích v PNK, a to, že když má více času sám na sebe a své zájmy, tápe: *"...potom je spíš problém ve volnějším režimu, že nevíme, co s volným časem."* Jeho výpověď působí na jednu stranu tak, že si stěžuje na režim a pravidla, a na druhou stranu, když obojí na chvíli pomine, stěžuje si také, protože nemá co dělat. Konkrétně R12 – David v úvodu rozhovoru zmínil, že začal pít především proto, že hledal únik z pracovního stresu. V léčbě tak nastává modelová situace. Přes týden stres z režimu, o víkendu také v podstatě stres, i když jiný, z volného času, který zvládá v abstinenci proto, že nad sebou má kontrolu. Kdyby jí nebylo, řešil by prázdnotu ve volném čase pitím, protože to neumí jinak. R12 – David je v léčbě už podruhé, v jejím třetím stupni. Délka pobytu či jeho program zatím však nestačily na to, aby se naučil trávit volný čas bez návykové látky a tak, aby to pro něj mělo potřebný efekt.

### 8.3. Komunita

Několik dní před provedením rozhovorů v PBN došlo na oddělení k větším změnám v rámci komunity. Přibližně třetina pacientů odešla, buď řádně ukončila léčbu nebo byla propuštěna

disciplinárně. Zároveň byli čerstvě přijati noví pacienti. Na výpovědích respondentů bylo znát určité odosobnění od komunity a opatrnost ve vyjadřování. R10 – Milan mluvil o neshodách mezi spolupacienty, jak je v rámci komunity prožívá a řeší: *"...chce to cit, musíte vědět, jak na koho, rozkoukat se, nedělat viditelný rozdíl v chování k těm, se kterými jste na pokoji a k ostatním. Nechci se s nikým dohadovat, to si radši myslím co chci a neřeším to, některý magoři tady po sobě řvou a pak to akorát musej řešit na skupině...."*. R10 – Milan zvolil diplomatickou strategii. Svým přístupem nechce dávat najevo sympatie ani nesympatie. Hlídá si, aby se choval ke všem stejně a neměl problémy. Tato strategie je typická pro osoby, které se ocitnou v prostředí, ve kterém se necítí bezpečně.

R11 – Martin také hovořil o tom, jak jeho spolupacienti působí na něj, co si o nich myslí a jaký z nich má pocit: *".... vadí mi, když si tady některý hrajou na terapeuty, do všeho se motaj. Asi to dělaj aby se zalíbili nebo měli nějaký výhody, pak na pokoji je slyším mluvit o kontrolovaným pití. Já jsem tady sám za sebe, venku mě taky nikdo nebude říkat, co mam dělat. Dřív tady byli dobří lidi, když jsem nastoupil, ale už odešli."* Pacienti, jejichž chování R11 – Martin zmiňoval, budou ve větší či menší míře součástí každého léčebného společenství. Někteří mohou mít jinou motivaci k pobytu než terapii vedoucí k abstinenci, zároveň ale ne všichni, kdo zpočátku takto vystupují, v ní setrvají celou léčbu, mohou se změnit. Zmiňoval je i R9 – Jiří: *"...tak samozřejmě mi nesesedne každý, kdo sem přijde, ale s většinou vycházím.....na někom vidím, že je rozhodnutěj nepít, jinej zase si to tady jen odsedí. Takový se snažim moc nevnímat. Docela mi ty osudy, co tady vidím, pomáhají uvědomit si, jak v životě nechci dopadnout."* Léčba je sice dobrovolná, nicméně málo který závislý do ní vstupuje skutečně dobrovolně, jen ze svých vnitřních důvodů. Spíše je jedná o kombinaci s důvody externími, jako je tlak rodiny, potíže v sociální oblasti, zaměstnání apod. Je důležité dopřát pacientovi možnost se změnit a pozorovat jeho proces v léčbě. Zároveň je ale třeba myslet na bezpečnost a fungování celé komunity. Systém na oddělení by proto měl umožnit včas takové pacienti identifikovat a následně zvolit další vhodný postup. Přístup R9 – Jiřího působí pozitivněji v tom smyslu, že i negativní vzor může být k něčemu dobrý.

R12 – David mluvil o tom, že je mu nepříjemné sdílet pokoj s dalšími třemi lidmi. Sám se vnímá jako někdo, kdo nemá problém s ostatními vyjít, ale když je na malém prostoru hodně lidí rozdílných povah a návyků, není to pro něj snadné: *„...s lidma vycházím, i když na pokoji by nás mohlo být míň..."* Kdo je s kým na pokoji určuje personál a na potřeby pacientů není v tomto směru brán ohled. Rozmístění se většinou děje podle časové posloupnosti, jak je kdo přijatý k léčbě. Zohlednění určitých vlastností, např. že by byli na pokoj umístění pacienti alespoň přibližného věku, neexistuje. Určitě by nebylo možné všechny pokoje obsadit pacienty tak, aby jim to vyhovovalo, nabízí se ale myšlenka využít ubytovací strategie jako dalšího nástroj léčby. V tomto bodě hraje roli i stáří celé nemocnice a pavilonů. Stavby sice průběžně procházejí rekonstrukcí, ale stále si zachovávají svůj historický ráz a zdá se, že pohodlí pacientů ve smyslu ubytování, není hlavní aspekt, ke kterému se při ní přihlíží.

Pokoje tak jak jsou neumožňují, aby spolu bydleli např. jen dva pacienti, a přitom se zachovala kapacita oddělení. Přesto, pokud zařízení není schopno poskytnout pacientům důstojné ubytování, umožňující minimální soukromí, je to u pobytového typu léčby problém, který by měl být co nejdříve odstraněn.

#### 8.4. Terapeutický tým

R12 – David řekl, že v programu oddělení jsou pro něj nejvíce přínosné skupiny. V této souvislosti dále zmínil, že je to i z důvodu setkávání s terapeuty, kteří ho nějakým způsobem oslovují. Měl na mysli ty, kteří sami mají s návykovou látkou zkušenost a již mnoho let abstinují, tzv. ex-userů: „...*máme tady i terapeuty, co sami užívali, s těma si rozumím nejlíp, přesně vědí, jak to závislý maj, vědí, jak se mnou pracovat.* Zajímalo mě, jaký je jeho postoj k ostatním členům personálu. Z jeho odpovědi je patrný odstup, který směřem k terapeutům, co kdysi užívali, nepociťuje: „...*doktoři maj bílej plášť a jde z nich trochu respekt.* Dále uvedl, že příliš neuznává jako terapeuty zdravotní sestry na oddělení: „...*sestry jsou každá nějaká, mají svoje problémy, nejsou to školený terapeuti.* S podobným názorem jsem se již během rozhovorů setkala u respondenta v PNK, kde zdravotní sestry skupinové psychoterapie provádějí běžně. O terapeutovi z řad ex-userů se zmiňuje i R10 – Milan. Označuje ho za autoritu, ke které vzhlíží: „*Mám tady terapeuta, který je pro mě autorita, až budu venku, budu si ho představovat v hlavě, co by mi řekl.*“ Kalina et al. (2001) uvádí, že ex-user je bývalý uživatel návykových látek, který měsíce či roky abstinguje, ale není zcela jasné, po jak dlouhé době je možné člověka za ex-usera považovat a kdy je lépe hovořit o osobě se závislostí, která aktuálně abstinguje. Stejně tak panují odlišné názory na roli ex-userů v různých typech adiktologických služeb. Jejich působení v doléčovacích a udržovacích programech či ve svépomocných klubech je hodnoceno jako významné, pokud existují jasná pravidla, týkající se mimo jiné jejich osobnosti a ochotě se vzdělávat. Zda taková pravidla pro ex-usery na oddělení existují není známo. Pokud však pacienti mají ke komukoliv z týmu v terapii pozitivní a zdravý vztah, který může být oboustranně prospěšný, je patrně zbytečné tato pravidla řešit.

R9 – Jiří vnímá terapeutický tým komplexně, nepřemýšlí nad tím, kdo a s jakým vzděláním či oprávněním mu poradil nebo ho podpořil: „...*terapeutickéj tým to s náma myslí dobře, choděj s náma i na výlety kdy si s náma taky povídaj, je to lepší než pak na oddělení, kde mám někdy strach mluvit, že něco plácnu.*“ Nerozlišoval mezi pracovními pozicemi. Přiznává, že má své „oblíbence“, ale to je u něj dáno tím, jak se kdo chová a jak ho on sám zná. Odpověď R9 – Jiřího by mohla značit, že terapeutický tým na oddělení dobře spolupracuje, pokud jej sám pacient vnímá jako jeden celek. Respondenti z terapeutického týmu obecně jmenovali jen terapeuty ex-usery a zdravotní sestry, jiný personál, jako lékaře, psychology apod. nezmínili. Vysvětlují si to tak, že terapeuti ex-useri jsou pro ně ve svém

přístupu natolik specifictí, že je zkrátka od ostatního personálu oddělují a vnímají je podobně, jako sobě rovné, jelikož čerpají ze stejné zkušenosti. Zdravotní sestry byly patrně zmíněny proto, že jsou na oddělení pořád a že jich je v týmu největší počet. O terapeutickém vzdělání středního zdravotnického personálu na oddělení nebyly zjištěny bližší informace. V obecném uvažování je jasné, že zdravotní sestry poskytují zdravotní péči, dle ordinace lékaře a dle svého vzdělání. Nabízí se ale myšlenka, zda je to právě to, co je v léčbě závislosti tak potřeba. Tam, kde nejsou somaticky komplikovaní pacienti, což zde být nemohou, jelikož by nezvládli náročný program, je nejvíce osob z týmu zdravotních sester, u nichž není terapeutické vzdělání chápáno jako to nejdůležitější. Zde se vracíme k původní myšlence, totiž že jsou to právě ony, kdo jsou s pacienty nejčastěji. V tomto podání vyznívá situace paradoxně.

## 8.5. Abstinence / doléčování

Při rozhovorech na téma doléčování uváděli respondenti doporučení, která slyší na oddělení od personálu nebo od ostatních pacientů. Jedná se o drobná opatření např. pro osoby mající problém s hospodařením s penězi, jako má R12 – David: " .... *budu u sebe nosit míň peněz, aby mě to nelákalo, vejplata bude chodit na účet partnerce. Chci jí víc pomáhat s dětma.* " Na dotaz, jakou konkrétní činnost z oddělení využije doma po léčbě krčí rameny a sděluje, co rozhodně nemá v plánu dělat: „*Na každé den si rozvrh určitě psát nebudu, práce bude dost i tak, budu muset fungovat.* " Jeho odpověď vrací zpět k tématu pravidel a režimu, rozebraných v kapitole 9.2.

Na pokračující strategii kontroly se spoléhá R9 – Jiří: "*... s manželkou máme v plánu jezdit víc za dcerou, ona mě bude hlídat, prej už mi nevěří, já se jí nedivím*". Ani on nemá jasno v tom, co si z oddělení nese: „*Myslím, že mě manželka nenechá se válet...* " Odpovědi respondentů ohledně doléčování a života v abstinenci nelze nazvat doléčovacími strategiemi. Podle léčebného řádu musí pacienti při žádosti o postup do nejvyššího stupně léčby uvést konkrétní kroky, jak často, kdy a kam budou na doléčování docházet, co budou dělat v případě bažení, jaká opatření provedou, aby k bažení docházelo co nejméně apod. (Oddělení 35, n.d.). Je možné, že oba respondenti si své další kroky ohledně doléčování ještě ujasní, přesto nevyznívá příznivě, když ke konci léčby oba jako hlavní doléčovací strategii uvedli kontrolu od blízké osoby, která tím na sebe přebírá část zodpovědnosti. Na druhou stranu je v jistém smyslu tento styl uvažování přesně to, čemu sami byli po celou dobu v léčbě vystaveni. Oddělení jim dalo pravidla a řád, jak se mají chovat. Když vyhovují, prochází stupni léčby bez větších obtíží. Když ne, personál je upozorní. Přes týden nemají prostor pro osobní život, o víkendu jedou buď domů, kde léčebný program zastoupí rodina nebo zůstanou na oddělení, kde sice mají prostor naučit se volný čas nějak přínosně trávit, reálně to ale nezvládá ani pacient ve finálním stupni léčby.

Oddělení si ve své filosofii klade za cíl naučit pacienty převzít zodpovědnost za sebe a svůj život, z odpovědi pacientů ale zaznívá opak. Program přitom nabízí i celkem rozmanité možnosti doléčování. Příprava na něj probíhá již během hospitalizace, kdy pacienti navštěvují programy jako Klub 35, AA, hráčské skupiny apod. Část jich probíhá v jejich pavilonu a část na jiném. Před řádným ukončením léčby pak musí kontaktovat psychiatrickou ambulanci, doléčovací centrum či jiné pracoviště psychiatrie a psychoterapie a krátce jej před propuštěním navštívit, s cílem navázat kontakt a stanovit formu a frekvenci kontaktů. Pro bývalé abstinující pacienty, oddělení nabízí tzv. opakovací léčby, které mají formu stacionární nebo klasicky lůžkovou. Dále je možné využít tzv. první pomoc, která může být poskytnuta při jednorázové a krátkodobé (do 2 dnů) recidivě (relapsu), formou ambulantní stacionární léčby. Z těchto možností, kde bych vyzdvihla možnost první pomoci a možnost opakovačky de facto ambulantně, nezazněla v rozhovorech ani jedna.

## 8.6. Shrnutí

V obecněji pojaté oblasti č. 1 – Terapeutický program, jeden respondent pozitivně hodnotil přítomnost abstinujících pacientů, kteří se dostavili na opakovací léčbu a jsou s nimi na týden nebo čtrnáct dní v komunitě. V té souvislosti zmínil i psychoterapeutické skupiny, na které také „opakovačky“ chodí. O skupinách se pozitivně vyjádřil i další respondent, jako o nejlepším terapeutickém programu, které oddělení nabízí. To, co respondenti hodnotili z této oblasti negativně, byla přísnost režimu, dodržování programu na minutu a z toho vyplývající psychická tenze. Jeden respondent měl problém s omezením venkovního prostoru, kdy má u pavilonu k dispozici zahradu, ale je na sestrách, zda ho na ni pustí nebo ne.

V oblasti č. 2 – Pravidla a režim bylo v obecné rovině pozitivně hodnoceno, že nějaká pravidla existují, jelikož jsou nutná a je jen na respondentech, zda je přijmou, což v jejich podání souvisí s přijetím léčby samotné. Při popisu konkrétních pravidel se jeden respondent kladně vyjádřil k zákazu mít u sebe mobilní telefon, dle jeho slov se díky tomu v léčbě zklidnil. Co dva respondenti hodnotili negativně, bylo množství písemného projevu, který je v léčbě povinný. Jednomu se nelíbilo, že musí psát deník v nevhodnou dobu, druhý měl problém s množstvím elaborátů. Jeden respondent negativně hodnotil ranní rozcvičku ve smyslu nepochopení přínosu cvičení v brzkou hodinu. Jedna výpověď, týkající se režimu, vyznívala ambivalentně, když respondent na jednu stranu hodnotil režim jako přísný, ale na stranu druhou měl problém s řešením svého volného času, když přísný režim pomine.

V oblasti č. 3 – Komunita – se, vzhledem k nedávné obměně členů, respondenti vyjadřovali spíše ke svým obranným postojům, jaké v rámci ní používají. Jeden respondent se

v negativním smyslu vyjadřoval k ubytování na oddělení, přesněji k počtu lidí na jednom pokoji.

V oblasti č. 4. – Terapeutický tým, byla dvěma respondenty kladně hodnocena přítomnost ex-userů v roli terapeutů na oddělení. V porovnání s nimi pak jeden respondent vyjádřil nedůvěru k ostatním členům týmu. Ohledně oblasti č. 5 – Abstinence / Doléčování, již zaznělo, že „opakovačky“ tedy bývalí abstinující pacienti, jsou pro respondenta velkým přínosem v terapii. O doléčovacím programu samotném, které oddělení nabízí, se respondenti nevyjadřovali. Ve svém plánu, jak abstinovat, se zmiňovali o potřebě kontroly dalších osob, které jim zároveň budou dělat program. Tato myšlenka nás vrací k bodu č. 2, kde respondent hovořil o tom, že neví, co dělat, je – li režim volnější. Obecně lze shrnout, že nastavený program léčby na oddělení v PNB odpovídá očekávání a nárokům pacientů z poloviny.

Pozitivně hodnoceno bylo celkem pět prvků:

- přítomnost „opakovaček“
- psychoterapeutické skupiny
- přítomnost pravidel
- odebrání mobilních telefonů
- ex – useři v roli terapeutů

Negativně bylo hodnoceno rovněž pět prvků:

- přísný režim
- omezení venkovního prostoru
- načasování a množství písemného projevu
- čas cvičení a pití kávy
- počet lidí na pokoji



## 9. Diskuze a závěr

Pro svou diplomovou práci jsem zvolila kvalitativní přístup a domnívám se, že díky tomu se mi podařilo zachytit určité prvky, které by při jiném druhu výzkumu zanikly. Během rozhovorů s respondenty jsem měla prostor je pozorovat, všimnout si projevu jejich emocí v souvislosti s tím, co říkají. To mi umožnilo vhodně reagovat, lépe navázat vztah, doptávat se a zjistit podrobnější informace. V textu jsem pak mohla více rozebrat jejich výpovědi a vysvětlit nejasnosti. Zároveň si uvědomuji, že je to i určitý limit, který mohl některé výsledky zkreslit, když např. na základě mylně vyložené emoční odezvy respondenta mohlo být rozebíráno téma, kterému by on sám takový význam nepřikládal. Popsané výsledky z pozorování respondentů v metodologické části, mohly být částečně ovlivněny jak aktuálním emočním naladěním, tak osobností, na straně výzkumníka i respondenta. Další limit kvalitativního výzkumu u diplomové práce vidím v možnosti oslovit menší množství respondentů.

Faktor, který by mohl výsledky rovněž změnit, je aktuální obsazení léčebných komunit na oddělení či fáze, ve které se komunita zrovna nacházela. Myslím si ale, že by rozdíl ve výsledcích, nebyl nijak zásadní. Vycházím z toho, že do komunity se někteří pacienti stále vrací na opakovací léčbu a současně léčení pacienti je vnímají jako vzory, přebírají od nich některé názory a celkový dojem z terapeutického týmu se rovněž určitým způsobem předává. Ke zkreslení mohlo dojít i tím, že některé teoretické informace z programů jednotlivých institucí, které jsou v práci uvedeny, nepochází z písemných podkladů, buď proto, že v písemné formě neexistují, jako třeba v PNK nebo proto, že je instituce nechťely uvolnit, jako tomu bylo v případě PLČD a PNB. Tyto informace, týkající se především teoretických přístupů, ze kterých je program léčby složen, byly doplněny ústně. V PLČD byly poskytnuty ředitelem léčebny a v PNB pak psycholožkou oddělení. V PNK, kde program léčby znám, jsem tuto oblast konzultovala s primářem oddělení. Znalost místního programu mohla být další okolnost, vedoucí ke zkreslení výsledků. Jeho zmírnění jsem částečně dosáhla tím, že v době provádění výzkumu jsem již nebyla na oddělení v pracovním nasazení, aktuálně léčené pacienty jsem neznala a v týmu rovněž došlo k personálním změnám, nikoliv však ke změnám v léčebném programu.

V souvislosti s teoretickými východisky terapeutických programů na odděleních, byla jednoznačná shoda v aplikaci prvků apolinářského modelu (AM). Shody v prvcích AM lze vidět ve strukturovaném programu, léčebné komunitě, režimu a pravidlech, personálním složením s převahou středního zdravotnického personálu, důrazem na skupinovou psychoterapii, posilovacími pobyty bývalých pacientů a vedením pacientů ke sportu. Shodné prvky AM z větší části korespondují s názvy kategorií, na které byly rozděleny rozhovory s respondenty, tudíž se v dalším shrnutí výsledků tyto prvky AM a kategorie prolínají.

V PNK a PNB je strukturovaný program respondenty hodnocen jako přísnější, v PLČD jako mírnější. Přísnost režimu bylo i to, na co si respondenti shodně stěžovali na všech třech odděleních. V PNK i PNB bylo vnímáno negativně, že je po pacientech vyžadováno dodržování přesného časového harmonogramu, chození na minutu přesně. V PLČD bylo naopak negativně vnímáno, že je režim málo přísný, což se projevuje ponecháním větší volnosti a tím pádem odpovědnosti na pacientech. Režim byl popisován jako přísný, či málo přísný, ze dvou úhlů pohledu. Ten první souvisel s rozepsaným harmonogramem, kdy respondenti v PNK negativně reflektovali, že mají mezi jednotlivými aktivitami ve všední dny málo času, jak na přesun na jiné místo, tak na oddechnutí či toaletu. Naopak o víkendech negativně hodnotili, že mají volného času moc. Nevědí, jak trávit volný čas příjemně a zároveň zdravě a efektivně. Druhý úhel pohledu byl o přístupu personálu, který dodržování režimu a pravidel vyžaduje. V PNK hovořil respondent o stresu, který pociťuje, když musí dodržovat harmonogram na minutu přesně, jinak dostane záporný bod. Stejně negativně vyzněla reflexe k úklidu, jehož intenzita přišla respondentovi přehnaná. V PNB vnímali respondenti přístup personálu negativně především proto, že trval na plnění nelogických pravidel. Ta se týkala psaní deníků a omezení pohybu po prostorách nemocnice. V PLČD nebyl respondent spokojen se systémem kontroly, kdy personál libovolně určuje frekvenci a dobu, kdy k ní pacienti mají nastoupit.

Pravidla byla v určitém směru reflektována ve všech třech zařízeních. V PNK i PNB respondenti negativně hodnotili, že některým pravidlům nerozumí a že pro ně postrádají smysl. Dvě konkrétní pravidla, která se v rozhovorech vyskytla, se týkala elektronických mobilních zařízení a intimního vztahu. V jediné PNB jsou pacientům odebírány mobily, zároveň to ale bylo respondentem hodnoceno kladně v tom smyslu, že nemusí řešit okolní svět. V PLČD, kde mohou pacienti užívat mobily mimo program bez omezení s tím ale také respondent, který jej zmínil, neměl problém, jelikož byl edukován, co to pro něj a jeho terapii obnáší. Další pravidlo, které reflektovali respondenti v PNK i PLČD, se týkalo intimního vztahu dvou osob na oddělení, i když v obou zařízeních vyznělo jeho podání jinak. V PNK je tento typ vztahu zakázán, přesto se zde vyskytuje a respondent vnímal velmi negativně, že personál jej skrytě toleruje. V PLČD jej oddělení umožňuje, i když jej nedoporučuje, respondent ale pozitivně vnímal transparentnost, kterou tento způsob umožňuje.

Ve všech třech institucích mají určité sankční opatření, které bývá při nedodržování pravidel aplikováno. V PNK a PLČD se jedná o bodovací systém, v PNB o systém přestupků. PNK má bodovací systém poměrně dost propracovaný, i když ne zcela přehledný. Vychází jen ze záporných bodů, je zbytečně složitý a předimenzovaný. I při sebevětší snaze personálu nelze mít na každou situaci přesný návod, jak často zdravotní sestry požadují (Kalina, 2015). Bodovací systém v PLČD bohužel nelze hodnotit, jelikož zařízení nesouhlasilo s poskytnutím potřebných informací. Z rozhovorů s respondenty v PLČD je pouze jasné, že

zde bodovací systém existuje ve formě kladných i záporných bodů. V PNB se nejedná o klasický bodovací systém. Mají zde přestupky místo bodů, ty jsou ale jen tři za celou dobu léčby a nejsou nijak odstupňované. V praxi tento přestupkový systém nefunguje, neexistují jednotná pravidla pro jeho aplikaci a lze tedy říci, že postrádá smysl. V rozhovorech s respondenty ze všech zařízení ale zazněl sankční systém spíše jen okrajově a více byl dáván do souvislosti se vztahy mezi spolupacienty a s personálem. (Ne)kvalitu samotného bodovacího systému nikdo z respondentů nereflektoval.

Vztah s personálem oddělení byl určitým způsobem rozebírán respondenty ze všech tří institucí. V PLČD v souvislosti se zdravotními sestrami zaznělo, že jim respondent důvěřuje a může se na ně obrátit, když má problém. Dále respondenti kladně hodnotili, že si na ně najde čas i primář a ředitel léčebny, který se jich ptá na jejich názor a poslouchá je. V PNB byli pozitivně hodnoceni ex-useři v roli terapeutů, kteří jsou v týmu přítomni. O dalších členech týmu se respondent z PNB vyjádřil, že lékaři působí nepřístupně, už jen proto, že mají bílý plášť a že názory zdravotních sester jsou brány jako méně důležité, než názory psychologů a lékařů. V PNK se v souvislosti s personálem respondenti vyjadřovali jen o zdravotních sestrách. Jedna byla hodnocena kladně pro svůj pozitivní přístup, další byly vnímány spíše negativně především proto, že se tváří nepříjemně nebo hledají chyby. Dále bylo v PNK hodnoceno negativně, že zdravotní sestry někdy působí jako terapeuti na skupinové psychoterapii. Skupinová psychoterapie byla zároveň jediná aktivita, která byla hodnocena kladně na všech třech odděleních, a to největším počtem respondentů. To, co na ni respondenti shodně oceňovali, byla možnost mluvit o svých problémech s někým, kdo jim porozumí, ať už se jedná o další členy skupiny, bývalé pacienty na opakovací léčbě (opakovačky) nebo terapeuti. Prvek programu, který je věnovaný jen opakovačkám vyzdvihl respondent z PNB, který jej vnímá jako jeden z nejpřínosnějších, především kvůli naději, že když to zvládli jiní, zvládne to on také. Další pozitivní prvek léčebného programu viděli respondenti v PNB a PLČD v pracovní terapii, která zahrnuje široké spektrum činností. Respondenti zmiňovali práci v dílně a na zahradě, především tam, kde vidí výsledky a smysl. Respondenti z PLČD a PNK se zase shodli na pozitivním vnímání sportovních aktivit. V PNK bylo kladně hodnoceno podněcování pacientů ke sportu formou pořádání sportovních turnajů, v PLČD pak možnost udržování a zlepšování fyzické kondice přístupem do místní posilovny.

Jak již bylo uvedeno, prvky AM jsou společné pro programy všech oddělení, nicméně je třeba zdůraznit, že na S7 v PNK a AT 35 v PNB jsou více rigidní. I když PLČD z tohoto přístupu také vychází, více pracuje s jeho modifikací a snaží se o individualizaci. Kromě AM se ve stejné míře snaží o uplatnění dalších teoretických východisek, jako je humanistický přístup a taoismus, projevující se naopak snahou o zmírnění režimu, převedení větší odpovědnosti na pacienta a individuálním přístupem. Odlišnosti mezi PNK a PNB na straně jedné a PLČD na straně druhé jsou znát jak v popisu programu respondentů v praktické části,

tak v popisu oddělení v teoretické části. Lze shrnout, že ze společných prvků AM, byla respondenty skupinová psychoterapie reflektována jako nejpřínosnější ve všech třech zařízeních. Dále byl ve dvou zařízeních ze tří pozitivně vnímán prvek opakovacích pobytů a vedení ke sportu. Negativně byl respondenty reflektován režim a pravidla. Režim ve smyslu přísnosti i benevolence. Pravidla ve dvou institucích ze tří nedávala respondentům smysl a zároveň bylo negativně vnímáno jejich striktní dodržování bez možnosti zohlednění individuálních potřeb.

Kromě skupinové psychoterapie, respondenti kladně reflektovali přítomnost ex-userů v terapii a profesionální terapeutický tým, schopný poskytnout přijetí a podporu, motivovat k léčbě a zohlednit individualitu pacienta. Z teoretických přístupů tomuto pojetí nejvíce odpovídal model terapeutických komunit pro závislé. Obecně negativně reflektované prvky vycházely především z direktivního přístupu terapeutického týmu a z aplikování pravidel, která pacientům nedávaly smysl.

Cílem diplomové práce bylo popsat léčebný program ve třech institucích, zabývajících se střednědobou ústavní léčbou závislosti tak, jak jej vnímají sami pacienti a zmapovat, jaké prvky programu pacientům vyhovují, jaké jim nevyhovují a toto zjištění zdůvodnit. Zadaný cíl práce jsem splnila. Její další přínos je ve zjištění, že to, co dnešním pacientům ve střednědobé ústavní léčbě nejvíce chybí a co by bylo dobré posílit, je lidský přístup profesionálních terapeutů, kteří nehodnotí a jsou schopni v terapii zohlednit individuální potřeby pacientů. Tímto směrem bych směřovala i další výzkum v dané oblasti.

## 10. Použitá literatura

Adameček, D. & Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. In: Kalina et al. Klinická adiktologie (1. vyd.), 446 – 466. Praha: Grada.

Bartošíková, I. (2003). Práce v multidisciplinárním týmu. In: Kalina. et al. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.), 125 - 133. Praha: Úřad vlády České republiky.

Bém, P. (2003). Úvod – složky systému péče v ČR. In: Kalina. et al. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.), 154 - 155. Praha: Úřad vlády České republiky.

Bieling, P., McCabe R. & Antony, M. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy in Groups. New York: The Guilford Press.

Čermák, I. & Štěpaníková, I. (1997). Validita v kvalitativním psychologickém výzkumu. Československá psychologie, 41 (6), 503-512.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (n.d.), Červený Dvůr – Tradice a kvalita v léčbě závislostí. Červený Dvůr. Retrieved April 22, 2019 from <https://cervenydvur.cz/>

Debnar, A. (2017). Vznik a historický vývoj psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Praha, 2017. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. Lékařská fakulta. Retrieved June 15, 2019 from <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/171749/>

Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In: Kalina et al. Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2 (1. vyd.), 195 – 199. Praha: Úřad vlády České republiky.

Dvořáček, J. (2007). TK v podmínkách psychiatrické léčebny. In: Terapeutická komunita pro drogově závislé II: Česká praxe, 240 – 246. Středočeský kraj/ Hl. M. Praha/ Magdaléna o.p.s. Retrieved November 9, 2019 from <http://www.magdalena-ops.eu/cz/images/publikace/TK-esk-praxe-3.pdf>

Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In: Kalina et al. Základy klinické adiktologie (1. vyd.), 25 – 35. Praha: Grada

Dvořáček, J. (2016). Léčba v Červeném Dvoře – úvodní informace. Léčebna Červený Dvůr. Retrieved May 8, 2019 from [https://cervenydvur.cz/wp-content/uploads/Lecba\\_v\\_Cervenem\\_Dvore.pdf](https://cervenydvur.cz/wp-content/uploads/Lecba_v_Cervenem_Dvore.pdf)

Hendl, J. (2016). Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace (4. vyd.). Praha: Portál.

Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Filia Nova.

Kalina, K. (2003). Rozšiřování terapeutických možností. In: Kalina. et al. Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup 2 (1. vyd.), 103 - 110. Praha: Úřad vlády České republiky

Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada.

Kalina, K. (2015). Faktory významné pro léčbu, změnu a uzdravu. In: Kalina et al. Klinická adiktologie (1. vyd.), 607 – 622. Praha: Grada.

Kalina, K. (2015). Skupinová terapie. In: Kalina et al. Klinická adiktologie (1. vyd.), 432 – 443. Praha: Grada.

Kozmová, S. (2015). Taoismus v evropských podmínkách na začátku 21. století. Představení fenoménu v křesťanské perspektivě. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Katolická teologická fakulta. Retrieved August 21, 2019 from <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/67589>

Kuklová, M. (2016). Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí. Praha: Portál.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.

Mistoler, P. (n.d.). Historie Psychiatrické nemocnice Kosmonosy. Retrieved March 10, 2019 from [https://docplayer.cz/6461195-Historie-psychiatricke-lecebny-kosmonosy-mudr-petr-mistoler-www-psychiatr-org-petr-mistoler-www-psychiatr-org.html#show\\_full\\_text](https://docplayer.cz/6461195-Historie-psychiatricke-lecebny-kosmonosy-mudr-petr-mistoler-www-psychiatr-org-petr-mistoler-www-psychiatr-org.html#show_full_text)

Mladá, K. & Kalina, K. (2015). Behaviorální terapie. In: Kalina et al. Klinická adiktologie (1. vyd.), 395 - 407. Praha: Grada.

Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In: Kalina. et al. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.), 190 – 195. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2006). Zůstat střízlivý – Praktické návody pro lidi, kteří mají problém s alkoholem a jejich blízké. Brno: Host

Nešpor, K., Csémy, L. (1999). Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládání. Praha. Retrieved October 17, 2019 from [https://is.muni.cz/el/1441/podzim2009/RV2BP\\_5NC/craving.pdf](https://is.muni.cz/el/1441/podzim2009/RV2BP_5NC/craving.pdf)

Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost. Praha: Protál.

Oddělení S7 (n.d.). Oddělení léčby závislostí – Řád. Kosmonosy: Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Oddělení 35 (n.d.). Pavilon 35 – ústní část řádu: Koncepce režimového oddělení – protialkoholní, protitoxikomanická a léčba patologického hráčství. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice

Praško, J. & Možný, P. (1999). Kognitivně-behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe. Praha: Triton.

Prunerová, A. (2019). Role motivace k pohybové aktivitě v léčbě závislostí. Praha, 2019. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. Lékařská fakulta. Retrieved October, 19, 2019 from <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/108720/120328030.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Reading, B. & Weegmann, M. (2004). Group Psychotherapy and Addiction. London: Whurr Publishers Ltd.

Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In: Kalina, K. et al. Základy klinické adiktologie (1. vyd.), 369 - 384. Praha: Grada.

Richterová Těmínová, M., Kalina, K. & Adameček, D. (2008). Terapeutická komunita a její aplikace. In: Kalina, K. et al. Základy klinické adiktologie (1. vyd.), 199 - 214. Praha: Grada.

Růžička, J., (2011). Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě. Praha: Triton.

Skála, J. (1997). Lékařův maraton. Praha: Argo, Český spisovatel

Skála, J. (2003). Historie léčby závislosti v České republice. In: Kalina. et al. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.), 90 - 91. Praha: Úřad vlády České republiky.

Svěcená, K. & Rodová, Z. (2019). Ergoterapeut v adiktologii – Kazuistická studie. Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 2(2), 130–135. Retrieved June 16, 2019 from <https://www.aplp.cz/ergoterapeut-v-adiktologii-kazuisticka-studie/>

Šafránek, L. (2011). Arteterapie u drogově závislých. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Retrieved November 9, 2019 from [https://theses.cz/id/83qljn/ARTETERAPIE\\_U\\_DROGOV\\_ZVISLCH.pdf](https://theses.cz/id/83qljn/ARTETERAPIE_U_DROGOV_ZVISLCH.pdf)

Šejvl, J. & Miovský, M. (2018). První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938). Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 1(2), 68–78. Retrieved March 3, 2019 from <https://www.aplp.cz/prvni-zarizeni-pro-ustavni-lecbu-zavislosti-na-alkoholu-v-ceskoslovenske-republice-pripadova-studie-lecebny-v-tuchlove-1923-1938/>

Švaříček, R., Šedřová, K. et al. (2007). Kvalitativní výzkum v Pedagogických vědách. Praha: Portál.

Tichý, J. (n.d.). Historie nemocnice. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. Retrieved March 30, 2019 from <https://www.bohnice.cz/zakladni-informace/historie-nemocnice/>

Urbancová, J. (2016). Využití ergoterapie při léčbě osob se závislostí. Praha, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Retrieved October 19, 2019 from [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/63585/BPTX\\_2012\\_1\\_11410\\_0\\_352\\_299\\_0\\_133384.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/63585/BPTX_2012_1_11410_0_352_299_0_133384.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Vanderolasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R.CH., Pearce, S., Broekaert, E. & Vandavelde, S. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. The Scientific World Journal, Article ID 427817, DOI: 10.1155/2013/02.007

Vobořil, J. & Kalina, K. (2003). Svépomocné programy. In: Kalina. et al. Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup 2 (1. vyd.), 84–89. Praha: Úřad vlády České republiky

Zárybnická V. & Nešpor, K. (2015). Domácí řád oddělení 35 PN Bohnice. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. Retrieved April 16, 2019 from <https://www.bohnice.cz/wp-content/uploads/dokumenty/domaci-rad-odd-35.pdf>